

## Formulario de Notificación de Agresiones / Incidentes

### 1.- Datos de la persona agredida:

NIF / NIE			Nombre		
Apellido 1			Apellido 2		
Sexo		Fecha nacimiento	Teléfono		
Vinculación laboral					
Categoría laboral					
Centro de trabajo					
<b>Dirección del centro de trabajo</b>					
Dirección				Teléfono	
Código Postal				Localidad	

### 2.- Datos de la persona que notifica el incidente:

NIF / NIE		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	

### 3.- Descripción del incidente:

Fecha			Hora aproximada			
Lugar						
<b>Datos del agresor</b>						
Edad			Sexo			
<b>Tipo</b>						
<input type="checkbox"/> Usuario residente	<input type="checkbox"/> Usuario ambulatorio	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Trabajador AMAS	<input type="checkbox"/> Trabajador Empresa Ext.	<input type="checkbox"/> Acompañante	<input type="checkbox"/> Usuario desconocido
<b>Tipo agresión</b>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verbal / gestual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daños patrimoniales	
<b>Motivos que originaron el incidente violento:</b>						
<b>Descripción lo más precisa del incidente (se adjunta informe / escrito de denuncia):</b>						
<b>Concretar las circunstancias del lugar:</b>						
<b>Forma en la que se materializa la agresión:</b>						
<b>Lesiones en la víctima:</b>						

<b>Daños materiales:</b>					
<b>Consecuencias del incidente:</b>					
<b>Personas que intervienen:</b>					
		Personal del centro			
		Usuarios			
		Testigos			
<b>T1</b>	Nombre y Apellidos			DNI	
	Teléfono			Firma	
<b>T2</b>	Nombre y Apellidos			DNI	
	Teléfono			Firma	
<b>T3</b>	Nombre y Apellidos			DNI	
	Teléfono			Firma	
<b>¿Han intervenido Fuerzas de Seguridad?</b>			SI	NO	(En su caso, indicar cuál/cuáles)
Guardia Civil			SI	NO	
Policía Local			SI	NO	
Policía Nacional			SI	NO	

<b>¿Ha intervenido la Empresa de Seguridad?</b>	SI	NO	(En caso afirmativo, adjuntar informe)
<b>¿El hecho ha motivado denuncia?</b>	SI	NO	
<b>¿Se están tramitando diligencias previas?</b>	SI	NO	(En su caso)
Juzgado N°			
Diligencias Previas N°			
<b>¿Existe parte de lesiones?</b>	SI	NO	(Adjuntar parte de lesiones, en su caso)
<b>¿Ha recibido asistencia en centro sanitario?</b>	SI	NO	
<b>¿Se ha tramitado IT por accidente laboral?</b>	SI	NO	

¿Se ha enviado la comunicación interna de AT a la UPAM?      SI      NO  
 ¿Ha causado baja laboral?      SI      NO

#### 4.- Propuesta de medidas de corrección o mejora: (para evitar la repetición del caso)

##### 4.1- Detalle medidas de corrección o mejora: (para evitar la repetición del caso)

**5.- Observaciones**

**6.- Firmas**

Por el Centro / En calidad de: \_\_\_\_\_

Por el trabajador agredido

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO**

Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social  
Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales

## Información sobre Protección de Datos

### 1. Responsable del tratamiento de sus datos

- **Responsable:** Organismo Autónomo Administrativo Agencia Madrileña de Atención Social
- **CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES**
- **Domicilio social:** C/ Agustín de Foxá, 31. Madrid
- **Contacto Delegado de Protección de Datos:** [protecciondatos-psociales@madrid.org](mailto:protecciondatos-psociales@madrid.org)

### 2. ¿En qué actividad de tratamiento están incluidos mis datos personales y con qué fines se tratarán? **Prevención de Riesgos Laborales**

En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales (RGPD), sus datos serán tratados para las siguientes finalidades:

Actividades preventivas relacionadas con la seguridad, el trabajo, la higiene industrial, la ergonomía y psicología aplicada y la medicina del trabajo. Evaluación de riesgos laborales. Informes específicos de tarea, riesgo o puesto. Planificación de la actividad preventiva. Coordinación de actividades empresariales. Adaptación de puesto de trabajo. Reconocimientos médicos. Investigación accidente de trabajo y enfermedad profesional. Riesgo durante el embarazo y lactancia. Riesgo menores. Campañas de promoción, protección y prevención. Asesoramiento técnico y sanitario. Formación e información.

### 3. ¿Cuál es la legitimación en la cual se basa la licitud del tratamiento?

RGPD 6.1 b) el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales.

RGPD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

RGPD 6.1 e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

En su caso, RGPD 6.1.b) y RGPD 9.2.h)

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales (art.22).

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el reglamento de los Servicios de Prevención.

Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

### 4. ¿Cómo ejercer sus derechos? ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

Puede ejercitar, si lo desea, los derechos de acceso, rectificación y supresión de datos, así como solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, oponerse al mismo, solicitar en su caso la portabilidad de sus datos, así como a no ser objeto de una decisión individual basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles.

Según la Ley 39/2015, el RGPD y la ley Orgánica 3/2018, puede ejercitar sus derechos por [Registro Electrónico](#) o [Registro Presencial](#), o en los lugares y formas previstos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, preferentemente mediante el formulario de solicitud "[Ejercicio de derechos en materia de protección de datos personales](#)".

### 5. Tratamientos que incluyen decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, con efectos jurídicos o relevantes.

No se realizan.

### 6. ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos personales?

Los datos se mantendrán en el sistema por el tiempo necesario para su tratamiento, en tanto el interesado no solicite su supresión o ejercite su derecho de oposición.

### 7. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

INSS, UPAM, FREMAP, MUFACE, ITSS, IRSST.

Otras Consejerías Comunidad de Madrid y otras administraciones públicas. Delegados de Prevención y en su caso, representante de los trabajadores. Empresas adjudicatarias contrato actividades preventivas.

### 8. Derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento en cualquier momento.

Cuando el tratamiento esté basado en el consentimiento explícito, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.

### 9. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.aepd.es> si no está conforme con el tratamiento que se hace de sus datos personales.

### 10. Categoría de datos objeto de tratamiento.

Datos especialmente protegidos. Datos de carácter identificativo. Características personales. Circunstancias sociales. Datos profesionales. Detalles del empleo.

### 11. Fuente de la que procedan los datos.

El propio interesado.

### 12. Información adicional.

Pueden consultar la información adicional y detallada de la información y de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.aepd.es>, así como la información sobre el Registro de Actividades de Tratamiento del Responsable antes señalado en el siguiente enlace: [www.comunidad.madrid/protecciondedatos](http://www.comunidad.madrid/protecciondedatos).