

INFORME DE SOSPECHA DE VIOLENCIA EJERCIDA SOBRE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA)**Datos del NNA**Nº de informe: Fecha: Hora de asistencia: Edad: Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo: M F

Dirección: * _____ Teléfono: _____ Nacionalidad: _____

Datos de los padres o tutores

Apellidos: _____ Nombre: _____ DNI: ** _____

Dirección: * _____ Teléfono: _____ Nacionalidad: _____

Parentesco con el menor: _____ ¿Vive con el menor? Si No

Apellidos: _____ Nombre: _____ DNI: ** _____

Dirección: * _____ Teléfono: _____ Nacionalidad: _____

Parentesco con el menor: _____ ¿Vive con el menor? Si No**Datos de la persona o servicio que se queda a cargo del NNA tras la intervención**

Servicio: _____ Dirección: * _____ Teléfono: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____ DNI: ** _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Nacionalidad: _____

Parentesco con el menor: _____ ¿Vive con el menor? Si No**Descripción de la situación en que se encuentra el NNA**

Lugar de la intervención: _____

Descripción de la situación detectada: indicadores y factores de riesgo físico y/o emocionales detectados en la intervención:

Actitud del NNA y de los acompañantes hacia el menor

Actuaciones realizadas HOSPITAL DE TRASLADO

Servicios o profesionales que han intervenido

Activación Samur Social

¿Cómo se ha conocido el caso? Demandantes

Médico/a

Enfermero/a

Psicólogo/a

TATS

* Escribir dirección completa: Calle, piso, número y ciudad

** DNI / Pasaporte / Tarjeta de residencia

SAMUR - PROTECCIÓN CIVIL
91 513 23 95 / 91 513 23 96
Ronda de las Provincias, 7 · 28011

