

■ DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL — Usage interne SUD Santé Sociaux CHV uniquement

■ 1. IDENTITÉ DE L'AGENT

Nom :		Prénom :	
Service / Unité :		Pôle :	
Fonction :		Statut :	
Téléphone :		Email :	

■ 2. L'ÉVÉNEMENT

Date :		Heure :	
Lieu :			

Type d'événement :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ■ Conflit avec un cadre / responsable hiérarchique | ■ Conflit avec un collègue |
| ■ Conflit avec un médecin / praticien | ■ Problème de planning / organisation |
| ■ Violence verbale | ■ Violence physique |
| ■ Harcèlement moral | ■ Discrimination |
| ■ Conflit avec un usager / patient | ■ Autre (préciser ci-dessous) |

■ 3. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Décrivez les faits de manière précise et factuelle (contexte, propos tenus, actes, circonstances) :

--

■ 4. TÉMOINS ÉVENTUELS

■ Aucun témoin ■ Témoin(s) présent(s) — préciser :

		■ Oui ■ Non
		■ Oui ■ Non

		■ Oui ■ Non
--	--	-------------

■ 5. SUITES SOUHAITÉES

■ Soutien et écoute syndical(e)
■ Accompagnement lors d'un entretien avec la hiérarchie
■ Signalement auprès de la F3SCT / CHSCT
■ Dépôt d'une main courante ou plainte
■ Assistance pour rédiger un courrier officiel
■ Signalement à la DRH
■ Autre (préciser) : _____

■ 6. SIGNATURE

Date de rédaction :		Signature de l'agent :	
---------------------	--	------------------------	--