



ACTA DE DECLARACIÓN TESTIMONIAL

Córdoba, de de

EL QUE SUSCRIBE: D.N.I.:

con la finalidad de dejar constancia de la labor preventiva realizada por el personal del área de seguridad, en el fiel cumplimiento de expresas pautas dadas por la dirección del Hospital y de la jefatura del servicio relativas a la normativa del Código de Convivencia Ciudadana y que fueran comunicadas a través de los procedimientos operativos estándar respectivos (POE), vengo a informar lo que sigue: (* ver al dorso)

Completar texto a continuación:

Completar texto a continuación:

Firma del declarante:
 (Firma, aclaración, sello
 y/o número de legajo)

(PARA USO EXCLUSIVO INTERNO DE LA EMPRESA)

Fecha y hora de recepción de Jefatura de Servicio / Área	Fecha y hora de recepción de Sub-Dirección de Gestión Asistencial	Fecha y hora de recepción de Dirección Médica	Fecha y hora de Archivo
..... / / / / / / / /
..... : hs. : hs. : hs. : hs.
..... Firma y aclaración Firma y aclaración Firma y aclaración Firma y aclaración

Descripción de las gestiones realizadas (*no omitir firma y fecha al final de cada una*):

(*) *día-hora, descripción de lugar, descripción del hecho, circunstancias y modo en el que ocurrió el hecho, datos de sujeto pasivo o víctima, datos de agresor, datos de testigos presenciales, todo otro dato que pudiera resultar de importancia.*

ANEXO

Completar texto a continuación:

Completar texto a continuación: