

**DECLARATION D'AGRESSION A L'ENCONTRE D'UN AGENT TITULAIRE
OU NON TITULAIRE DU DEPARTEMENT DE L'AIN PAR UN USAGER**

IDENTIFICATION DE L'AGENT

NOM M. Mme Mlle _____ NOM DE JEUNE FILLE _____
PRENOM _____ DATE DE NAISSANCE _____
SERVICE _____ FONCTIONS _____ GRADE _____
ADRESSE DU SERVICE _____

SITUATION FAMILIALE Célibataire - Marié(e) – Veuf(ve) – Divorcé(e) – Nbre d'enfants : _____
N° de sécurité sociale _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'AGRESSION OU AU HARCÈLEMENT

Date de l'agression : [][][][][][] Lieu précis de l'agression : _____ Heure : _____

Nature de l'agression : Menaces (projets de nuire exprimés oralement ou par écrit)
 Injures (expressions outrageantes)
 Diffamations (allégations destinées à porter atteinte à l'honneur)
 Outrages (expressions menaçantes et avilissantes)
 Violences et voies de faits (manifestations de brutalité, contrainte physique ou morale)
 Discrimination (discrimination lié à l'état de santé, le sexe, à l'ethnie, etc.)
 Agissement sexiste (commentaires sexistes liés au sexe d'une personne)
 Harcèlement moral (gestes, paroles, attitude abusifs)
 Harcèlement sexuel (comportements, propos à connotation sexuelle, pression en vue de faveurs sexuelles)

Y a-t-il arrêt de travail ou hospitalisation ? OUI NON Durée _____ Dates [][][][][][]

Siège et nature des lésions : _____

L'arrêt est-il terminé ? OUI NON Si oui, date de fin : [][][][][][] Motif reprise du travail autre

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'AGRESSION : _____

L'auteur de l'agression a-t-il été identifié ? OUI NON
Si oui, nom, prénom, adresse : _____

Y a-t-il eu intervention de la gendarmerie ou de la police ? OUI (joindre une copie du procès-verbal) NON
La victime a-t-elle déposé une plainte ? OUI (joindre une copie de la plainte déposée) NON
Y a-t-il eu des témoins de l'agression ? OUI NON
Si non, l'agent était-il seul au moment des faits : OUI NON
Si oui, nom, adresse et profession des témoins (joindre une attestation dûment signée relatant les faits) _____

Souhaitez-vous être contacté par le Service Santé au Travail ? OUI NON

Signature de la victime _____ Nom, prénom du ou des témoins _____ Signature du responsable _____ CERTIFIE CONFORME
Signature _____ Hiérarchique _____ (Visa de l'employeur)

Date [][][][][][] Date [][][][][][] Date [][][][][][]

IMPORTANT : Déclaration dûment complétée et signée à renvoyer immédiatement à :
Direction des Ressources Humaines – 16, rue de la Grenouillère – 01000 Bourg-en-Bresse