

<b>ASUNTO:</b> Informe de Actuación relativo a un presunto caso de Malos Tratos			
Turno de: <input type="checkbox"/> 06 a 14 / <input type="checkbox"/> 14 a 22 / <input type="checkbox"/> 22 a 06 / <input type="checkbox"/> Otro			Fecha:
Policía/s Local/es N.I.P.:		Hora del aviso:	Fecha del aviso:
<b>Aviso dado por:</b>			
<input type="checkbox"/> S.O.S. Navarra / <input type="checkbox"/> C.M.C. Policía Foral / <input type="checkbox"/> C.O.S. Guardia Civil <input type="checkbox"/> Centro de Salud "Miguel Servet" / <input type="checkbox"/> Víctima <sup>(1)</sup> / <input type="checkbox"/> Particular <sup>(1)</sup> / <input type="checkbox"/> Otros <sup>(2)</sup>			
<b>Medio utilizado:</b>			
<input type="checkbox"/> Teléfono, <input type="checkbox"/> Se persona en Dependencias, <input type="checkbox"/> Otro			
(1)	Nombre:		Apellidos:
	D.N.I.:	Fec. Nac.:	Teléfono:
	Domicilio:		Localidad:
	Relación: <input type="checkbox"/> Vecino / <input type="checkbox"/> Familiar / <input type="checkbox"/> Otro		
(2)	.....		
Traslado en: <input type="checkbox"/> Vehículo Oficial ( <i>Indicativo</i> .....)/ <input type="checkbox"/> A pie / <input type="checkbox"/> Otro .....			
<b>Lugar de traslado:</b>			
Personado/s a las        horas del día			
<b>Personas que se encuentran en el lugar:</b>			
(A)	Nombre:		Apellidos:
	D.N.I.:	Fec. Nac.:	Teléfono:
	Domicilio:		Localidad:
	Relación: <input type="checkbox"/> Agresor / <input type="checkbox"/> Víctima / <input type="checkbox"/> Testigo / <input type="checkbox"/> Cónyuge masculino / <input type="checkbox"/> Cónyuge femenino / <input type="checkbox"/> Otro		
(B)	Nombre:		Apellidos:
	D.N.I.:	Fec. Nac.:	Teléfono:
	Domicilio:		Localidad:
	Relación: <input type="checkbox"/> Agresor / <input type="checkbox"/> Víctima / <input type="checkbox"/> Testigo / <input type="checkbox"/> Cónyuge masculino / <input type="checkbox"/> Cónyuge femenino / <input type="checkbox"/> Otro		
(C)	Nombre:		Apellidos:
	D.N.I.:	Fec. Nac.:	Teléfono:
	Domicilio:		Localidad:
	Relación: <input type="checkbox"/> Agresor / <input type="checkbox"/> Víctima / <input type="checkbox"/> Testigo / <input type="checkbox"/> Cónyuge masculino / <input type="checkbox"/> Cónyuge femenino / <input type="checkbox"/> Otro		
(D)	Nombre:		Apellidos:
	D.N.I.:	Fec. Nac.:	Teléfono:
	Domicilio:		Localidad:
	Relación: <input type="checkbox"/> Agresor / <input type="checkbox"/> Víctima / <input type="checkbox"/> Testigo / <input type="checkbox"/> Cónyuge masculino / <input type="checkbox"/> Cónyuge femenino / <input type="checkbox"/> Otro		

<b>ASUNTO: Informe de Actuación relativo a un presunto caso de Malos Tratos</b>	
<b>Estado que presentan las personas implicadas</b>	
<b>(A)</b>	Estado Físico: <i>(Describir aspecto exterior, ropas, etc)</i> ..... ..... .....
	Estado Anímico:..... ..... .....
	Estancia de la vivienda o lugar donde está:
<b>(B)</b>	Estado Físico: <i>(Describir aspecto exterior, ropas, etc)</i> ..... ..... .....
	Estado Anímico:..... ..... .....
	Estancia de la vivienda o lugar donde está:
<b>(C)</b>	Estado Físico: <i>(Describir aspecto exterior, ropas, etc)</i> ..... ..... .....
	Estado Anímico:..... ..... .....
	Estancia de la vivienda o lugar donde está:
<b>(D)</b>	Estado Físico: <i>(Describir aspecto exterior, ropas, etc)</i> ..... ..... .....
	Estado Anímico:..... ..... .....
	Estancia de la vivienda o lugar donde está:

<b>ASUNTO: Informe de Actuación relativo a un presunto caso de Malos Tratos</b>	
<b>Manifestaciones efectuadas por las personas implicadas</b>	
(A)	..... ..... ..... .....
(B)	..... ..... ..... .....
(C)	..... ..... ..... .....
(D)	..... ..... ..... .....
<b>Manifestaciones efectuadas por los testigos</b>	
(...)	..... ..... ..... .....
(...)	..... ..... ..... .....
<b>Inspección Ocular del lugar al que acuden</b>	
..... ..... ..... ..... ..... .....	
<b>ASUNTO: Informe de Actuación relativo a un presunto caso de Malos Tratos</b>	

