II.- INFORME DE NOTIFICACIÓN

|  |
| --- |
| INFORME DE NOTIFICACIÓN – ABUSO SEXUAL INFANTIL* FISCALÍA
* SERVICIO SOCIAL DE PRIMER NIVEL DEL/LA AYUNTAMIENTO / MANCOMUNIDAD DE ………………………
* REGISTRO DE MALTRATO INFANTIL (WEB o Apdo. nº 84 F.D. – 26080- LOGROÑO)
* SERVICIO DE PROTECCIÓN DE MENORES (en caso de abuso intrafamiliar que precise medidas de protección)
 |
| 1 | DATOS DEL NOTIFICADOR  | FECHA DE NOTIFICACION |
| NOMBRE Y APELLIDOS/ Nº DE IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL | TELÉFONO |
| ORGANISMO  | CENTRO DE TRABAJO |
| DIRECCIÓN |
| PROVINCIA | MUNICIPIO | CÓDIGO POSTAL |
| 2 | DATOS DEL/LA MENOR (POSIBLE VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL) |
| NOMBRE Y APELLIDOS | NACIONALIDAD  |
| FECHA DE NACIMIENTO  | DOMICILIO DEL/LA MENOR O CENTRO DONDE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE | TELÉFONO |
| PROVINCIA | MUNICIPIO | CÓDIGO POSTAL |
| 3 | DATOS DEL PADRE/TUTOR/GUARDADOR |
| NOMBRE Y APELLIDOS |
| DOMICILIO | TELÉFONO |
| PROVINCIA | MUNICIPIO | CÓDIGO POSTAL |
| 4 | DATOS DE LA MADRE/TUTOR/GUARDADOR  |
| NOMBRE Y APELLIDOS |
| DOMICILIO | TELÉFONO |
| PROVINCIA | MUNICIPIO | CÓDIGO POSTAL |
| 5 | DATOS DE LA PERSONA INFORMANTE EN SU CASO |
| NOMBRE Y APELLIDOS |
| FECHA DE NACIMIENTO  | RELACIÓN O PARENTESCO CON EL MENOR O FAMILIA DEL MISMO (PUEDE SER UN PROFESIONAL)  | TELÉFONO |
| PROVINCIA | MUNICIPIO | CÓDIGO POSTAL |
| 6 | DATOS DE LA SITUACIÓN OBSERVADA señalando fecha de las observaciones  |
|  |
| TRANSCRIPCIÓN, LO MAS LITERAL POSIBLE, DE LO VERBALIZADO/MANIFESTADO POR EL MENOR, EN SU CASO.Contexto o situación en el que se producen estas verbalizaciones. O se realizan dibujos o documentos gráficos por el menor. |
| INDICADORES OBSERVADOS EN EL MENOR(Seleccionar de entre los descritos en anexo e incluir tantas filas como sea necesario  |
| 7 | DATOS RELATIVOS AL/LOS PRESUNTO/S AGRESOR/A (SI SE CONOCE) |
| PARENTESTO/RELACIÓN CON EL MENOR | SITUACIÓN DE ACCESIBILIDAD * TIENE CONTACTO CON EL/LA MENOR
* NO TIENE CONTACTO CON EL/LA MENOR
 |
| OBSERVACIONES |
| *APORTACIÓN DE LOS DATOS QUE SE CONOZCAN:* |
| NOMBRE Y APELLIDOS, | DOMICILIO, TELÉFONO |
| SEXO (H,M) | FECHA NACIMIENTO/EDAD | NIVEL EDUCATIVO | PROFESIÓN |
| 8 | ACTITUD DE LA FAMILIA |
| (Describir las actuaciones realizadas, con qué persona, así como la actitud observada: apoyo, ambivalencia, recelo, incredulidad, etc.) |
| (señalar)* **INTRAFAMILIAR**
* **EXTRAFAMILIAR**
 | (señalar)* **REITERADO**
* **OCASIONAL**
 | Firma.: **D./Dª / Nº profesional** (Cargo) |
| INFORMACIÓN ADICIONAL |
| SE ACOMPAÑARÁ LA INFORMACIÓN O DATOS DE RELEVANCIA EXISTENTES SOBRE: (Señalar los informes que se adjuntan)(Esta información adicional, será remitida al servicio social del primer nivel correspondiente al domicilio del menor y no será remitida al registro de maltrato infantil)  |
| EL PRESENTE INFORME DE NOTIFICACIÓN, ASÍ COMO EL RESTO QUE SE ADJUNTEN, SE REMITIRÁ A LAS ENTIDADES COMPETENTES UTILIZANDO LOS MEDIOS ADECUADOS, CONFORME AL GRADO DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CONTENIDOS EN LOS MISMOS (LOPDCP). |