

**ANEXO III**  
**RESOLUCIÓN N° 86/04 D.G.**  
 Modificada por Resolución N° 115 / 04 D.G.  
**PLANILLA GUÍA PARA RECEPCIÓN DE DATOS**

<b>CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL:</b> .....		<b>OFICINA</b> .....	
Responsable confección de planilla: .....		Fecha confección ..... / ..... / .....	
<b>Nombre/s y Apellido/s del Denunciante:</b> .....			
<b>Relación con la Víctima:</b> .....			
<b>DESCRIPCIÓN DEL HECHO</b>			
Lugar del hecho: .....		Localidad: ..... Fecha del Hecho: ..... / ..... / .....	
<b>OCASIÓN (Marque las cruces necesarias / Agregue lo que crea conveniente)</b>			
<input type="checkbox"/> Alojamiento (U P F/Alcaldía)		<input type="checkbox"/> Alojamiento preventivo (Seccional/Alcaldía)	
<input type="checkbox"/> Aprehensión / Detención		<input type="checkbox"/> Traslado	
<input type="checkbox"/> Otra: .....			
<b>AUTOR / ES (Marque las cruces necesarias/ Agregue lo que crea conveniente)</b>			
<b>PERSONAL POLICIAL</b>			
<input type="checkbox"/> Personal Comisaría		<input type="checkbox"/> BIPol	
<input type="checkbox"/> GEOP		<input type="checkbox"/> Cdo. Radioeléc.	
<input type="checkbox"/> Patrullas		<input type="checkbox"/> Personal Traslado	
<b>PERSONAL DEPENDIENTE DEL S. P. Federal</b>			
<input type="checkbox"/> Personal UP		<input type="checkbox"/> Personal Traslado	
<input type="checkbox"/> Detenidos alojados		<input type="checkbox"/> Internos alojados	
<input type="checkbox"/> Gendarmería Nacional		<input type="checkbox"/> Prefectura Nacional/Policia Federal	
<input type="checkbox"/> Otro: .....			
<b>NOMBRES DE LOS AUTORES (opcional):</b> .....			
<b>TIPO DE LESIONES:</b> .....			
Constatadas legalmente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fotos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Video <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>MODALIDAD DEL HECHO:</b> .....			
<b>OSERVACIONES/COMENTARIOS:</b> .....			
<b>DENUNCIA</b> ( Marque con una cruz / Agregue lo que corresponda )			
SI: <input type="checkbox"/> Fiscalía		<input type="checkbox"/> Órgano jurisdiccional	
<input type="checkbox"/> Comisaría		Expte. N° .....	
NO: ¿Motivo? .....		Carátula: .....	
<b>OBSERVACIONES ACERCA DE LA VÍCTIMA</b> (Cuando le sea posible complete estos datos)			
Nombre/s y Apellido/s: .....		DNI: .....	
<b>Edad</b> (Marque con una cruz) <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 18 a 21 <input type="checkbox"/> 22 a 29 <input type="checkbox"/> 30 a 39 <input type="checkbox"/> 40 a 49 <input type="checkbox"/> 50 en adelante	<b>Grado de instrucción</b> (Marque con una cruz) <input type="checkbox"/> Nivel Primario <input type="checkbox"/> Nivel Secundario <input type="checkbox"/> Nivel Terciario <input type="checkbox"/> Nivel Universitario <input type="checkbox"/> Ninguno	<b>Ocupación / Profesión</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	<b>¿Estaba empleado?</b> (Marque con una cruz) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <b>¿Realiza trabajos ocasionales?</b> (Marque con una cruz) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Sexo</b> (Marque con una cruz) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			