

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

CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL:		OFICINA	
Responsable confección de planilla:		Fecha confección ____/____/____	
Nombre/s y Apellido/s del Denunciante:			
Relación con la Víctima:			
DESCRIPCIÓN DEL HECHO			
Lugar del hecho:		Localidad: Fecha del Hecho: ____/____/____	
OCASIÓN (Marque las cruces necesarias / Agregue lo que crea conveniente)			
<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:			
AUTOR / ES (Marque las cruces necesarias/ Agregue lo que crea conveniente)			
PERSONAL POLICIAL			
<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	
PERSONAL DEPENDIENTE DEL S. P. Federal			
<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:			
NOMBRES DE LOS AUTORES (opcional):			
TIPO DE LESIONES:			
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	
MODALIDAD DEL HECHO:			
OSERVACIONES/COMENTARIOS:			
DENUNCIA (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:	
OBSERVACIONES ACERCA DE LA VÍCTIMA (Cuando le sea posible complete estos datos)			
Nombre/s y Apellido/s:		DNI:	
Edad (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	Grado de instrucción (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	Ocupación / Profesión	¿Estaba empleado? (Marque con una cruz) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Realiza trabajos ocasionales? (Marque con una cruz) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sexo (Marque con una cruz) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			