

COUR D'APPEL DE CHAMBERY

**SIGNALEMENT AVEC CONSENTEMENT DESTINÉ AU PROCUREUR DE
LA RÉPUBLIQUE**

Je soussigné(e) :

NOM et Prénom :

N° de téléphone (personnel ou d'un proche) sur lequel je souhaite être contacté(e) :

Né(e) le :

à(commune)

Lieu d'hébergement à la sortie de l'hôpital (non obligatoire)

(s'il ne s'agit pas du domicile habituel, merci de l'indiquer)

Déclare être victime de :

☐

Violences physiques

☐

Violences sexuelles

☐

Violences psychologiques

Commises le (date)

à

☐

Je souhaite donner le nom de l'auteur des faits

Son adresse :

☐

Je ne souhaite pas donner son nom pour l'instant

Observations (sur le type de violences, sur l'utilisation d'arme, sur la situation familiale) :

J'ai déjà déposé plainte au cours de l'année écoulée pour des faits similaires contre le même individu :

☐ non

☐ oui

(préciser le service d'enquête concerné :

Je suis hospitalisée : ☐ non

☐ oui

- Je demande au centre hospitalier de communiquer cette fiche à un service de police ou à une unité de gendarmerie qui me contactera pour poursuivre l'enquête.
- J'autorise les enquêteurs à me contacter sur la ligne indiquée ci-dessous ou via l'hôpital

Fait au centre hospitalier :

Le

Signature :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Coordonnées à utiliser pour contacter la victime au sein de l'hôpital

Victime prise en charge par l'UMJ : ☐ oui

☐ non