Згідно наказу № 238
від 03.11.2026р.
«ЗАТВЕРДЖУЮ»
_____ Андрій ДОБАЛЮК
Додаток 5

ФОРМА
первинного повідомлення про підозру на випадок насильства щодо дитини
КНП «Козівська центральна районна лікарня Козівської селищної ради»

Дата події або виявлення: ___ _____ 20__ р.

1. Інформація про дитину:
прізвище
ім'я
по батькові (за наявності):
вік дитини:
_____
соціальний статус (за потреби):
|__| дитина з інвалідністю;
|__| дитина-сирота;
|__| дитина, позбавлена батьківського піклування;
|__| інше: _____.
2. Інформація про особу, яка повідомляє:
прізвище
ім'я
по батькові (за наявності):
найменування посади:
_____
контактний номер телефону:
_____.
Опис ситуації:
_____
(зазначити максимально докладно, що сталося, коли, де, хто був присутній)
3. Інформація про ознаки насильства / поведінку дитини:
|__| тілесні ушкодження;
|__| страх, уникання контакту;
|__| розповіді про образи/тиск;
|__| інше: _____.
4. Інформація про вжиті заходи (на момент заповнення):
|__| поінформовано відповідальну особу закладу;
|__| поінформовано батьків / інших законних представників;
|__| поінформовано службу у справах дітей;
|__| поінформовано уповноважений підрозділ органів Національної поліції;
|__| інше:

_____ _____
(підпис особи, яка заповнює первинне повідомлення) (дата)