

NOTIFICACIÓN DE CONFLICTO

1.- DATOS PERSONALES	
Nombre:	
DNI:	
Teléfono:	
2.- DATOS LABORALES	
Categoría:	
Centro de trabajo:	
3.- RESUMEN DE LOS HECHOS	
4.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA	

SOLICITO:

La iniciación del PROTOCOLO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

En _____, a _____ de _____ de _____

NOTA: En el caso de ser la persona afectada por el conflicto, deberá firmar el documento de consentimiento que figura al dorso (Anexo II)

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ
Avda. de Huelva, 8 - 06005 Badajoz



ANEXO II

MODELO DE CONSENTIMIENTO

Nombre y apellidos:

Doy mi consentimiento para que las personas encargadas de la resolución del conflicto sean informadas de cuantos datos sean necesarios para investigar los hechos en relación con el conflicto comunicado, así como a que esta información sea tratada de forma confidencial, no pudiendo comunicarlos ni transmitirlos a personas ajenas a este procedimiento.

Igualmente, doy mi consentimiento para aceptar la intervención de un mediador en caso de que se considere necesario para la resolución del conflicto.

Principios informadores de la mediación

- La mediación es voluntaria entre las partes, nadie está obligado a mantenerse en el procedimiento de mediación ni a concluir un acuerdo.
- Igualdad de las partes e imparcialidad de los mediadores.
- Neutralidad, que permita a las partes en conflicto alcanzar por sí mismas un acuerdo de mediación.
- El procedimiento y la documentación utilizada en el mismo es confidencial.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma:

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ
Avda. de Huelva, 8 - 06005 Badajoz

