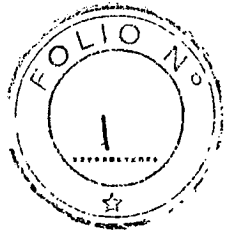




Procuración  
Penitenciaria de la Nación

"En defensa de los DD.HH de las personas privadas de su libertad."



BUENOS AIRES, 28 MAR 2018

VISTO el expediente penal temático N° 7/07, las resoluciones N° 105/07, N° 132/09, N° 133/09, N° 299/10, N° 302/11, N° 220/13 y N° 20/18, y la necesidad de dar por finalizado el proceso de prueba iniciado a partir del artículo 2° de la resolución N° 89/17 del Registro de ésta Procuración Penitenciaria, y

CONSIDERANDO:

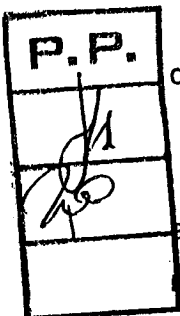
Que este organismo ha mantenido como línea primordial desde su creación, el relevamiento de casos de tortura y/ malos tratos con el objetivo de producir información sobre esta problemática tan acuciante y, a su vez, colaborar con la tarea del poder judicial en la investigación de estos hechos.

Que la modificación del procedimiento específico para el relevamiento había sido oportunamente considerada en el mes de agosto de 2017, frente a la necesidad de mejorar y revisar de modo constante la respuesta institucional frente a la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Que esta última revisión y modificación responde al carácter dinámico de las prácticas de tortura observadas a través de los años como así también a la necesidad de modificar aquellas prácticas institucionales tendientes a garantizar la impunidad de sus responsables.

Que en virtud de haber incurrido en un error material corresponde dejar sin efecto la Resolución N° 20/18 y dictar un nuevo acto administrativo.

Que la Dirección Legal y Contencioso Administrativa se ha expedido a través del Dictamen de su competencia D.L.y.C.A N° 43/18 de fecha 28 de marzo de 2018.



Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por las leyes 25.875 y 26.827.

Por ello,

EL PROCURADOR PENITENCIARIO DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- DAR por finalizado el período de “prueba piloto” dispuesto en el artículo 2º de la resolución N° 89/17.

ARTÍCULO 2º.- DEJAR sin efecto la Resolución N° 20/18.

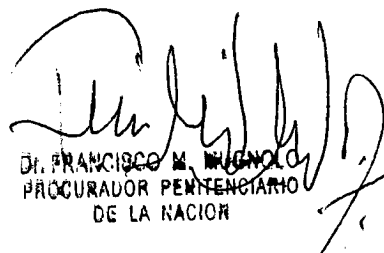
ARTÍCULO 3º.- APROBAR las modificaciones realizadas al Instrumento de Relevamiento para el “PROCEDIMIENTO DE LA PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE CASOS DE TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES” que como Anexo I forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 4º.- DISPONER el inicio de una serie de jornadas para capacitar a todo el personal en la aplicación del nuevo instrumento, a cargo del Área de Investigación y Documentación eficaces de Casos de Tortura y/o Malos Tratos”.

ARTÍCULO 5º.- Regístrese, Notifíquese vía mail a todas las Áreas y Delegaciones y al personal del Organismo, fecho Archívese.

RESOLUCIÓN N°:

00031-18

  
DR. FRANCISCO M. MUGNOLO  
PROCURADOR PENITENCIARIO  
DE LA NACIÓN



**Procuración Penitenciaria de la Nación**  
**Procedimiento para la Investigación y Documentación de Casos de Tortura y**  
**Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes**

**PRIMERA ENTREVISTA**

Fecha de 1° entrevista: ...../...../.....

Lugar donde se realiza la entrevista:

Unidad: \_\_\_\_\_ Módulo: \_\_\_\_\_ Pabellón: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del asesor/a: \_\_\_\_\_

**Identificación de la persona entrevistada**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

LPU: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: F  M  Otro \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

**Datos generales**

Fecha del hecho: ...../...../.....

Lugar del hecho<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

**Agencia**

SPF	<input type="checkbox"/>
Otro Servicio Penitenciario	<input type="checkbox"/> (¿cuál?) _____
Policía de la Ciudad	<input type="checkbox"/>
PFA	<input type="checkbox"/>
PNA	<input type="checkbox"/>
GNA	<input type="checkbox"/>
PSA	<input type="checkbox"/>
CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. (Institutos CABA)	<input type="checkbox"/>
OTRA	<input type="checkbox"/>

*[Handwritten signature]*

<sup>1</sup> Para cárceles o institutos de menores consignar denominación de la unidad, módulo y/o pabellón. Para comisarías, escuadrones de GNA o delegaciones de la PNA consignar número o localidad o barrio, en caso que sea en la vía pública mencionar intersección de calles y/o barrio.

<b>1. AGRESIONES FÍSICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
------------------------------	-----------	-----------

**Horario e intervalo de tiempo de duración de las agresiones físicas**

Horario:

Duración:

**Espacios en que se producen las agresiones físicas**

Camión de Traslado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Celda/Pabellón	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
HPC/Centro Médico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pasillos/Tránsito	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Leonera "sala de espera"	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Celda de aislamiento	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Oficinas Administrativas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**Descripción de las agresiones físicas (relevar textual la palabra de la persona entrevistada)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

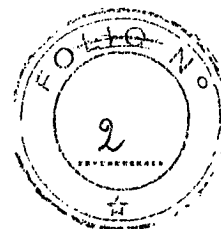
¿Hay otras víctimas?      SI       NO

(¿Cuántas?)

---

¿Quiénes son?

---



**Circunstancias en que se producen las agresiones físicas**

Ingreso (Bienvenida)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sanción de aislamiento	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Aislamiento sin sanción	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Requisa de pabellón ordinaria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Durante un traslado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Reintegro o circulación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Durante motines, riñas o reclamo colectivo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ante reclamo individual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
(especificar)				

**"SI" Aislamiento  
48HS o + Completar  
AISLAMIENTO**

**Tipos de agresión**

Golpe de puño	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Golpes en los oídos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Patadas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cachetadas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Golpe con objetos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Asfixia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Puntazos o cortes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Picana	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pila / pirámide humana	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Puente chino	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Quemaduras	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ducha manguera de agua fría	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual (o intento)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Gas pimienta /lacrimógeno	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Bala de goma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Medicalización forzada		<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pata-Pata	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
(especificar)				

**F.P.**  
*[Handwritten signature]*

**Modalidades agravantes**

**Objetos con los que fue agredido**

Con palos/Estofas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Escudos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Armas Blancas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Borceguíes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ithaca (golpes)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Bala de goma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cables o sogas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**Posturas de sometimiento**

En el piso	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Estando de espaldas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Estando esposado o atado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Con los ojos tapados	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Desnudo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Lo escupen	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Lo arrastran de los pelos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**Lesiones físicas**

Descripción (si son visible):

---



---

Refiere (si no son visibles):

---



---

**Con posterioridad a los hechos:**

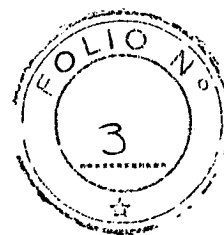
Tenía dificultades para caminar	<input type="checkbox"/>	No pudo incorporarse en los días posteriores	<input type="checkbox"/>
Presentó algún tipo de sangrado	<input type="checkbox"/>	Necesitó ayuda para trasladarse	<input type="checkbox"/>

Especificar (orinó sangre, defecó sangre, sangrado de oído)

---

Ninguno de los anteriores

¿Le pegan en represalia por denuncias anteriores?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Fue golpeado con anterioridad en esta Unidad?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>



En caso afirmativo, ¿Fue dentro de los últimos 6 meses?

SI  NO

¿Fue golpeado con anterioridad en otra Unidad?

SI  NO

**Identificación de los responsables y de datos para identificarlos**

¿Tenían placa identificatoria? SI  NO  No pudo ver  No sabe

¿Puede reconocer a los victimarios? SI a todos  SI algunos  NO

	Victimario 1	Victimario 2	Victimario 3	Victimario 4
Funcionario agresor*				
Apellido				
Nombres				
Seudónimo				
Sexo				
Edad				
Señas particulares				

\* Agente de requisita, jefe o agente de seguridad interna, director o jefe de módulo, agente de traslados, enfermero o médico, agente policial/prefecto/gendarme, agente de minoridad, etc.

**Responsabilidad institucional**

	Responsable 1	Responsable 2	Responsable 3	Responsable 4
Apellido y Nombres				
Cargo y/o rango				
Función				

**Estrategias de impunidad**

¿Existieron amenazas a la víctima o a los testigos?

SI  NO

¿Fue obligado a firmar parte indicando que

SI  NO

"no tenía lesiones"?

¿Existió alguna otra maniobra de encubrimiento

SI  NO

por parte del personal penitenciario?

¿Cuál?

**"SI" Amenazas a la VICTIMA. Completar AMENAZAS**

**Agravamiento de condiciones de detención**

¿El personal penitenciario adoptó, en perjuicio de la víctima y/o testigos, alguna medida que constituya un agravamiento de las condiciones de detención?

SI  NO

¿Existió alguna otra maniobra de encubrimiento por parte del personal penitenciario?

SI  NO

¿Cuál?

Sanción post agresión

SI  NO

¿En qué consistió la sanción?

**.P.**  
[Handwritten signature]

**Prueba**

¿Existen testigos de los hechos?

SI

NO

¿Quiénes son o qué datos permitirían identificarlos?

---

---

¿Había cámaras de filmación?

SI

NO

¿Existe alguna otra constancia o prueba?

SI

NO

¿Fue atendido por un médico por las lesiones?

SI

NO

El médico que lo atendió pertenecía a (SPF, CMF, Hospital Extramuros, etc.)

---

---

¿En qué consistió la atención médica?

---

---

---

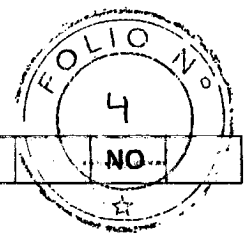
**Observaciones**

---

---

---





**2. AMENAZAS**

SI

NO

**Motivo principal de la amenaza**

Haber denunciado / para que no denuncie	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pedir audiencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Haber sido testigo de torturas y/o muerte		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Efectuar reclamos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
No sabe	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
(cuál)				

**¿En qué consistió la amenaza?**

Muerte	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Agresiones físicas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Traslados gravosos y/o arbitrarios	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cambio a pabellón con conflictos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Aislamiento	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
(cuál)				

**Breve descripción de la amenaza (releva textual la palabra de la persona entrevistada)**

---



---



---

Fecha del hecho: ...../...../.....

Lugar y horario del hecho<sup>2</sup>:

---

**Agencia**

SPF	<input type="checkbox"/>	(¿cuál?)
Otro Servicio Penitenciario	<input type="checkbox"/>	
Policía de la Ciudad	<input type="checkbox"/>	
PFA	<input type="checkbox"/>	
PNA	<input type="checkbox"/>	
GNA	<input type="checkbox"/>	
PSA	<input type="checkbox"/>	
CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. (Institutos CABA)	<input type="checkbox"/>	
OTRA	<input type="checkbox"/>	

*[Handwritten signature]*

<sup>2</sup> Para cárceles o institutos de menores consignar denominación de la unidad, módulo y/o pabellón. Para comisarías, escuadrones de GNA o delegaciones de la PNA consignar número o localidad o barrio, en caso que sea en la vía pública mencionar intersección de calles y/o barrio.

**Identificación de los responsables y de datos para identificarlos**

¿Tenían placa identificatoria? SI  NO  No pudo ver  No sabe

¿Puede reconocer a los victimarios? SI a todos  SI algunos  NO

	Victimario 1	Victimario 2	Victimario 3	Victimario 4
Funcionario agresor*				
Apellido				
Nombres				
Seudónimo				
Sexo				
Edad				
Señas particulares				

\* Agente de requisita, jefe o agente de seguridad interna, director o jefe de módulo, agente de traslados, enfermero o médico, agente policial/prefecto/gendarme, agente de minoridad, etc.

**Responsabilidad institucional**

	Responsable 1	Responsable 2	Responsable 3	Responsable 4
Apellido y Nombres				
Cargo y/o rango				
Función				

**3. AISLAMIENTO (aplicar a partir de las 48hs)** SI  NO

Cantidad de días en aislamiento: \_\_\_\_\_

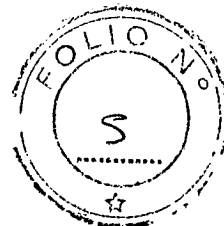
Cantidad de horas por días en aislamiento: \_\_\_\_\_

**Modalidad de aislamiento**

Sanción	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Formal <input type="checkbox"/>	informal <input type="checkbox"/>
Medida de seguridad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Penitenciaria <input type="checkbox"/>	Judicial <input type="checkbox"/>
Régimen de ingreso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Régimen sectorizado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Otras modalidades (cuál)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		

**Condiciones materiales en el aislamiento**

Sin colchón	<input type="checkbox"/>	Sin manta	<input type="checkbox"/>
Sin baño	<input type="checkbox"/>	Sin pertenencias	<input type="checkbox"/>
Baño tapado	<input type="checkbox"/>	Sin ventana	<input type="checkbox"/>
Sin acceso al agua	<input type="checkbox"/>	Sin vidrios en la ventana	<input type="checkbox"/>
Sin luz	<input type="checkbox"/>	Plagas	<input type="checkbox"/> (¿cuáles?)



Fecha del hecho: ...../...../.....

Lugar del hecho<sup>3</sup>:

**Agencia**

- SPF
- Otro Servicio Penitenciario
- Policía de la Ciudad
- PFA
- PNA
- GNA
- PSA
- CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. (Institutos CABA)
- OTRA


(¿cuál?)

**Responsabilidad institucional**

	Responsable 1	Responsable 2	Responsable 3	Responsable 4
Apellido y Nombres				
Cargo y/o rango				
Función				

**Observaciones (consignar si hubiera información vinculada a los victimarios directos)**

---



---



---



---

<b>5. FALTA Y/O DEFICIENTE ALIMENTACION asociada al AISLAMIENTO</b>	SI		NO	
---	----	--	----	--

**Causa de hambre**

No ingirió alimentos

SI

NO

Los ingirió irregularmente

SI

NO

<sup>3</sup> Para cárceles o institutos de menores consignar denominación de la unidad, módulo y/o pabellón. Para comisarías, escuadrones de GNA o delegaciones de la PNA consignar número o localidad o barrio, en caso que sea en la vía pública mencionar intersección de calles y/o barrio.

**Deficiencias en la alimentación (múltiple)**

Es insuficiente en cantidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Es insuficiente en calidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Está mal cocida	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Está en mal estado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Fecha del hecho: ...../...../.....

Lugar del hecho<sup>4</sup>:

---

**Agencia**

SPF	<input type="checkbox"/>	(¿cuál?)
Otro Servicio Penitenciario	<input type="checkbox"/>	
Policía de la Ciudad	<input type="checkbox"/>	
PFA	<input type="checkbox"/>	
PNA	<input type="checkbox"/>	
GNA	<input type="checkbox"/>	
PSA	<input type="checkbox"/>	
CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. (Institutos CABA)	<input type="checkbox"/>	
OTRA	<input type="checkbox"/>	

**Responsabilidad institucional**

	Responsable 1	Responsable 2	Responsable 3	Responsable 4
Apellido y Nombres				
Cargo y/o rango				
Función				

**Observaciones (consignar si hubiera información vinculada a los victimarios directos)**

---



---



---



---

<sup>4</sup> Para cárceles o institutos de menores consignar denominación de la unidad, módulo y/o pabellón. Para comisarías, escuadrones de GNA o delegaciones de la PNA consignar número o localidad o barrio, en caso que sea en la vía pública mencionar intersección de calles y/o barrio.



**Procuración Penitenciaria de la Nación**  
**Procedimiento para la Investigación y Documentación de Casos de Tortura y**  
**Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes**  
**INSTRUMENTO DE ACREDITACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Doy mi expreso consentimiento para brindar mi testimonio a la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) acerca de los hechos que me afectaron y de los que fui víctima el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, ocurridos en \_\_\_\_\_ y autorizo que mi declaración sea utilizada para

<b>A</b> <i>Denuncia Penal</i>	Presentar denuncia penal contra los o responsables de los hechos.	(Si o No)
<b>B</b> <i>Informe con reserva de Identidad</i>	Incluir mi testimonio en los informes de la PPN a condición de que se mantenga en secreto mi identidad.	(Si o No)
<b>C</b> <i>Examen médico y registro fotográfico</i>	Autorizar a que un profesional de la salud de la PPN efectúe un examen clínico y se tomen fotografías de las lesiones que presento en mi cuerpo.	(Si o No)

He sido adecuadamente informado por el personal de la PPN acerca del alcance de mis derechos. Soy consciente de que en caso de presentarse la denuncia ante la justicia penal es posible que sufra presiones o malos tratos por parte de los autores del hecho o de otras personas. Y también sé que si bien la PPN puede impulsar la adopción de medidas para mi seguridad, dicho organismo no está en condiciones de garantizar mi protección. Por otro lado, entiendo que la opción B (informe con reserva de identidad), implica que mi caso puede ser utilizado por la Procuración Penitenciaria como ejemplo de las prácticas a que son sometidas las personas detenidas y lo acepto siempre con la condición de que mi identidad sea preservada.

Firma:

Nombre y apellido:

Lugar y fecha

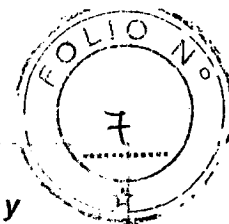
<b>P.P.</b>

Dejo constancia que inmediatamente antes de completar el instrumento previo he explicado la naturaleza y el propósito del testimonio a la persona interesada y me he ofrecido a contestar todas sus preguntas. Creo que el/la nombrado/a ha comprendido mis explicaciones y la naturaleza y finalidades de la presente autorización.

Firma:

Nombre y apellido:

Lugar y fecha:



Procuración Penitenciaria de la Nación  
Procedimiento para la Investigación y Documentación de Casos de Tortura y  
Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

ENTREVISTA TESTIGOS

Fecha de 1° entrevista: ...../...../.....

Lugar donde se realiza la entrevista:

Unidad: \_\_\_\_\_ Módulo: \_\_\_\_\_ Pabellón: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del asesor/a: \_\_\_\_\_

Identificación de la persona entrevistada

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

LPU: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: F  M  Otro \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Datos generales

Fecha del hecho: ...../...../.....

Lugar donde se encontraba<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Observó

Escuchó

Descripción de los hechos (relevar textual la palabra de la persona entrevistada, especialmente si puede reconocer a los autores)

\_\_\_\_\_

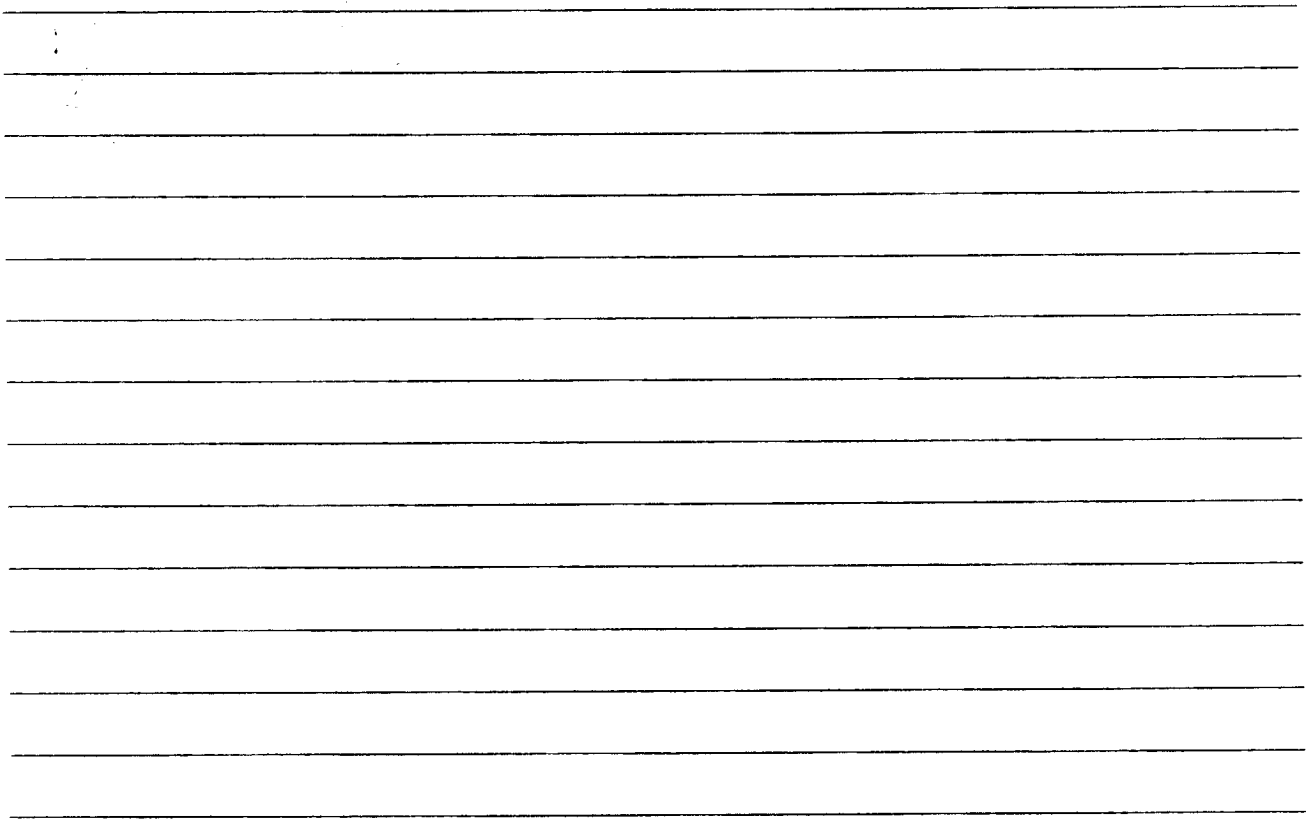
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Para cárceles o institutos de menores consignar denominación de la unidad, módulo y/o pabellón. Para comisarías, escuadrones de GNA o delegaciones de la PNA consignar número o localidad o barrio, en caso que sea en la vía pública mencionar intersección de calles y/o barrio. Debe consignarse celda, habitación, pasillo, etc específicos.





**Procuración Penitenciaria de la Nación**  
**Procedimiento para la Investigación y Documentación de Casos de Tortura y**  
**Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes**  
**INSTRUMENTO DE ACREDITACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

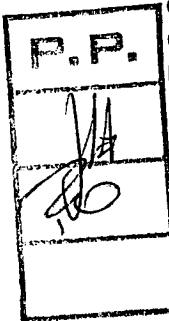
Doy mi expreso consentimiento para brindar mi testimonio a la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) acerca de los hechos que presencié/escuché el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, ocurridos en \_\_\_\_\_ y autorizo que mi declaración sea ofrecida como prueba en la denuncia penal:

<b>A</b> <i>Testimonial</i>	Presentar testimonio de los hechos ante juzgado o fiscalía.	(Si o No)
--------------------------------	---	-----------

He sido adecuadamente informado por el personal de la PPN acerca del alcance de mis derechos. Soy consciente de que en caso de dar testimonio ante la justicia penal es posible que sufra presiones o malos tratos por parte de los autores del hecho o de otras personas. Y también sé que si bien la PPN puede impulsar la adopción de medidas para mi seguridad, dicho organismo no está en condiciones de garantizar mi protección.

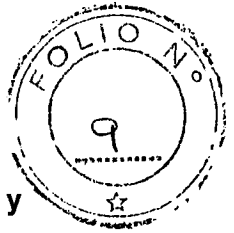
Firma:  
 Nombre y apellido:  
 Lugar y fecha

Dejo constancia que inmediatamente antes de completar el instrumento previo he explicado la naturaleza y el propósito del testimonio a la persona interesada y me he ofrecido a contestar todas sus preguntas. Creo que el/la nombrado/a ha comprendido mis explicaciones y la naturaleza y finalidades de la presente autorización.



Firma:  
 Nombre y apellido:  
 Lugar y fecha:





**Procuración Penitenciaria de la Nación**  
**Procedimiento para la Investigación y Documentación de Casos de Tortura y**  
**Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes**  
**INSTRUMENTO DE REVERSIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Conforme haber sido entrevistado oportunamente por asesores de la Procuración Penitenciaria a raíz de los hechos ocurridos en fecha \_\_\_\_\_, y no habiendo prestado consentimiento para que desde dicho organismo se presentara la correspondiente denuncia penal contra los responsables de los hechos, por medio del presente acto y ante asesor del organismo de mención, informo mi voluntad de REVERTIR el instrumento de consentimiento informado firmado en fecha \_\_\_\_\_ y doy mi expreso consentimiento para brindar mi testimonio a la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) acerca de los hechos mencionados anteriormente y autorizo que mi declaración sea utilizada para:

<b>A</b> <i>Denuncia Penal</i>	Presentar denuncia penal contra los o responsables de los hechos.	(Si o No)
<b>B</b> <i>Examen médico y registro fotográfico</i>	Autorizar a que un profesional de la salud de la PPN efectúe un examen clínico y se tomen fotografías de las lesiones que presento en mi cuerpo.	(Si o No)

He sido adecuadamente informado por el personal de la PPN acerca del alcance de mis derechos. Soy consciente de que en caso de presentarse la denuncia ante la justicia penal es posible que sufra presiones o malos tratos por parte de los autores del hecho o de otras personas. Y también sé que si bien la PPN puede impulsar la adopción de medidas para mi seguridad, dicho organismo no está en condiciones de garantizar mi protección.

Firma:

Nombre y apellido:

Lugar y fecha

Dejo constancia que inmediatamente antes de completar el instrumento previo he explicado la naturaleza y el propósito del testimonio a la persona interesada y me he ofrecido a contestar todas sus preguntas. Creo que el/la nombrado/a ha comprendido mis explicaciones y la naturaleza y finalidades de la presente autorización.



Firma:

Nombre y apellido:

Lugar y fecha: