



**MODULO DI SEGNALAZIONE
CONFIDENZIALE / RISERVATO**

Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso diverso dal segnalante)

NOME e COGNOME
DATA DI NASCITA
RUOLO (atleta, altro,..)
ORIGINE ETNICA
PERSONA CON DISABILITA' (se nota)
SESSO

Dati del segnalante

NOME
COGNOME
ASD/SSD
RUOLO (dirigente, atleta, tecnico)
N° di telefono principale
Mail
Relazione con il minorenni

Se minorenni indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:

.....

Recapiti (genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale)

Indirizzo
Cellulare
e-mai

Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto?

SI NO

Si sta segnalando un fatto a cui si è assistito personalmente o di cui si ha avuto percezione diretta o quanto riferito da un'altra persona?

fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente quanto
 riferito da un'altra persona

Se si sta segnalando quanto riferito da un'altra persona indicare:

Data, ora e luogo del/i fatto/i riportato/i
Nome e cognome della persona che ha segnalato
Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:
Recapito telefonico

Dettagli del fatto/i o dell'episodio che desta preoccupazione. (includere altre informazioni rilevanti, come la descrizione di eventuali infortuni occorsi e se si sta riportando questo incidente come fatto realmente avvenuto, opinione, supposizione o per sentito dire)

.....

.....

.....

Fornire la testimonianza o il racconto del fatto di chi ha subito l'abuso o la molestia (se noto)

.....

.....

.....

Fornire la testimonianza o il racconto di eventuali testimoni dell'incidente:

Indicare i dati del/dei testimone/i

NOME e COGNOME

DATA DI NASCITA

RUOLO (atleta, altro,..)

INDIRIZZO COMPLETO

RECAPITO TELEFONICO

EMAIL

NOME e COGNOME

DATA DI NASCITA

RUOLO (atleta, altro,..)

INDIRIZZO COMPLETO

RECAPITO TELEFONICO

EMAIL

Fornire i dettagli di qualsiasi persona coinvolta nei fatti o che si ritiene abbia causato il/i fatto/i o provocato eventuali lesioni:

NOME e COGNOME

DATA DI NASCITA

RUOLO (atleta, altro,..)

INDIRIZZO COMPLETO

RECAPITO TELEFONICO

EMAIL

Indicare eventuali azioni finora intraprese

Attuale sicurezza del minorenne (incluse informazioni se il luogo dove risiede sia sicuro, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, etc.)

.....

.....

.....

È stata richiesta assistenza medica di emergenza per il minorenne? SI NO

Se "sì", indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è stata già data (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti)

.....
.....
.....

Chi altro è a conoscenza del caso? Agenzia, ente, organizzazione, altro:

.....

Membro della famiglia o altri (specificare):

Questa sezione è da compilarsi a cura del Responsabile che ha preso in carico la Segnalazione

Ricevuta segnalazione da (specificare dati del segnalante)

Data e ora della ricezione della segnalazione:

E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD? SI NO

Specificare

E' un caso da trattare con procedure interne? SI NO

Specificare

Se si è risposto SI al punto n° 2, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo mail salvaguardia@csen.it.

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli)

.....

Sono state coinvolte autorità giudiziari? SI NO

Specificare perché

E' stato richiesto un intervento medico? SI NO

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile

Luogo e data

Firma

.....