

MODULO DI SEGNALAZIONE

CONFIDENZIALE/RISERVATO

DATI DEL SEGNALANTE

NOME: _____ COGNOME: _____

ASD: _____

RUOLO (dirigente, atleta, tecnico, etc.): _____

Recapito telefonico principale: _____

Mail: _____

Relazione con il minorenne/soggetto interessato: _____

DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABBIA SUBITO MOLESTIA O ABUSO (nel caso diverso dal segnalante)

NOME: _____ COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ PROVINCIA: _____

VIA: _____ N.: _____

CITTADINANZA: _____ SESSO: _____

RUOLO (dirigente, atleta, tecnico, etc.): _____

PERSONA CON DISABILITA' (se sì, specificare): _____

Se minorenne:

Nome e Cognome del/dei genitore/i o esercente/i la responsabilità genitoriale:

Recapiti del genitore/i o esercente/i la responsabilità genitoriale:

INDIRIZZO: _____

Recapito telefonico 1: _____ Mail _____

Recapito telefonico 2: _____ Mail _____

Il/i genitori/e oppure l'esercente/i la responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto?

☐ SÌ

☐ NO

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

☐ Evento a cui ho assistito personalmente

☐ Fatto di cui ho avuto percezione direttamente

☐ Evento / fatto riferito da un'altra persona

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

Nome e Cognome della persona che ha riferito la segnalazione/il fatto/l'evento:

Ruolo nell'ASD e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o l'abuso:

Recapito telefonico: _____

Mail: _____

DATI RELATIVI L'EVENTO/DEL FATTO A CUI SI HA ASSISTITO/DI CUI SI HA PERCEZIONE/
DI CUI SI HA AVUTO NOTIZIA TRAMITE TERZI

DATA, ORA e LUOGO del fatto/i riportato/i: _____

Dettagli del fatto/i o dell'episodio che desta / ha destato preoccupazione (includere tutte le eventuali e altre informazioni rilevanti, come, ad esempio, la descrizione di eventuali infortuni occorsi)

Indicare se si sta riportando questo incidente come: fatto realmente avvenuto, 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:

Testimone 1:

NOME: _____ COGNOME: _____

RUOLO e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia e/o l'abuso (dirigente, atleta, tecnico, etc.):

Indirizzo: _____

Provincia: _____

Recapito telefonico principale: _____

Mail: _____

Testimone 2:

NOME: _____ COGNOME: _____

RUOLO e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia e/o l'abuso (dirigente, atleta, tecnico, etc.):

Indirizzo: _____

Provincia: _____

Recapito telefonico principale: _____

Mail: _____

Testimone 3:

NOME: _____ COGNOME: _____

RUOLO e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia e/o l'abuso (dirigente, atleta, tecnico, etc.):

Indirizzo: _____

Provincia: _____

Recapito telefonico principale: _____

Mail: _____

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

Soggetto 1:

NOME: _____ COGNOME: _____

RUOLO e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia e/o l'abuso (dirigente, atleta, tecnico, etc.):

Indirizzo: _____

Provincia: _____

Recapito telefonico principale: _____

Mail: _____

Soggetto 2:

NOME: _____ COGNOME: _____

RUOLO e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia e/o l'abuso (dirigente, atleta, tecnico, etc.):

Indirizzo: _____

Provincia: _____

Recapito telefonico principale: _____

Mail: _____

Indicare eventuali azioni a contrasto dell'abuso e/o della molestia finora intraprese da colui/colei che sta segnalando:

Altri aspetti che si desidera attenzionare al Responsabile Safeguarding dell'ASD:

ATTUALE SICUREZZA DEL MINORENNE

Il luogo in cui risiede: _____ Tale luogo è sicuro?

☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so

Il minorenni corre rischi di qualsiasi tipo? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so

Se sì, specificare: _____ Come è venuto/a a conoscenza di questi rischi?

Ha spesso timori da tenere in considerazione? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so

Se sì, specificare: _____

È stata richiesta assistenza medica di emergenze per il minorenni? ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so

Se sì, indicare:

Nominativo della persona a cui è stata richiesta assistenza per il minorenni:

Recapito telefonico della persona a cui è stata richiesta assistenza per il minorenni:

Tipologia di servizio richiesto:

Altre considerazioni riguardanti la sicurezza del minorenne che si reputano rilevanti per il suddetto evento/preoccupazione:

Chi altro è a conoscenza del caso?

Agenzia, ente, organizzazione o altro: _____

Membro della famiglia o altri (specificare): _____

NOME: _____ COGNOME: _____

Indirizzo: _____ Provincia: _____

Recapito telefonico principale: _____

Mail: _____

Luogo, Data _____

Firma del Segnalante: _____

QUESTA SEZIONE È DA COMPILARSI A CURA DEL RESPONSABILE SAFEGUARDING (Che prende in carico la segnalazione)

Ricevuta segnalazione da (specificare i dati del segnalante)

NOME: _____ COGNOME: _____

ASD: _____

RUOLO (dirigente, atleta, tecnico, etc.): _____

Recapito telefonico principale: _____

Mail: _____

Relazione con il minorenne/soggetto interessato:

Data e ora della ricezione della segnalazione: _____

È un caso da trattare con procedure esterne, ovvero vi è connessione tra il caso e l'ASD?

☐ Sì ☐ No Specificare: _____

È un caso da trattare con procedure interne?

☐ Sì ☐ No Specificare: _____

Se si è risposto “Sì” al punto 2 contattare immediatamente il Safeguarding Office FISR.

Eventuali azioni intraprese:

Sono state coinvolte autorità giuridiche? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare chi e perché: _____

È stato richiesto un intervento medico? ☐ Sì ☐ No

Se sì, data e ora dell'intervento medico effettuato: _____

Luogo, Data _____

Firma del Segnalante: _____

Luogo, Data _____

Firma del Responsabile Safeguarding _____