MODULO DI SEGNALAZIONE SAFEGUARDING

DATI DEL SEGNALANTE

NOME e COGNOME: ASD:

RUOLO (dirigente, atleta, tecnico, genitore):

N° di telefono principale:

Mail: Relazione con il minorenni:

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) SI NO SESSO M

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-mail:

.....

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:

.....

--

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

--

Indicare i dati del/dei testimone/i:

Nome e cognome:

Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso

Data di nascita:

Indirizzo completo:

Recapito telefonico:

e-mail:

Nome e cognome:

Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso

Data di nascita: Indirizzo

completo: Recapito

telefonico:

e-mail:

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:

Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:

Data di nascita: Indirizzo completo: Recapito telefonico:

e-mail:

--

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, membro della famiglia o altri:

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

..... **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:

.....

1. E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e la società ACNOVE

2. ?

SI NO

3. E' un caso da trattare con procedure interne: SI NO

Se si è risposto "SI" al punto n°2, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo pec:

safeguarding@pec.figc.it

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

.....
.....

..... Sono state coinvolte autorità giudiziarie (Si/No, specificare il

perché)?

.....

..... E' stato richiesto un intervento medico?

.....

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

..... Firma del Responsabile