

Modulo di Segnalazione

Da inviare in forma PERSONALE e CONFIDENZIALE

al RESPONSABILE SAFEGUARDING ASD SQUEEZE SPORT E SALUTE

all'indirizzo riservato safeguarding@squeezesportesalute.it

Dati del segnalante

Nome Cognome

Ruolo nell'ASD (dirigente, tecnico, collaboratore, atleta)

N.ro di telefono principale

Indirizzo e-mail

Relazione in caso di 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)
- SESSO
- 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:
- Indirizzo 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:

- Nome e cognome della persona che ha segnalato:
- Ruolo/posizione nell'ambito ASD e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:
- Recapito telefonico:
- Data, ora e luogo del/i fatto/i riportato/i:
- 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:
- Ruolo/posizione nell'ambito ASD e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:
- Data di nascita:
- Indirizzo completo:
- Recapito telefonico:
- indirizzo e-mail:
- Nome e cognome (eventuale altro testimone):

- Ruolo/posizione nell'ASD e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:
- Data di nascita:
- Indirizzo completo:
- Recapito telefonico:
- indirizzo 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'ASD e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:
 - Data di nascita:
 - Indirizzo completo:
 - Recapito telefonico:
 - Indirizzo e-mail:
-

Indicare eventuali azioni finora intraprese:

Attuale sicurezza del minorenne (includere 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?

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:

Membri 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/presa visione della segnalazione:

.....

1. E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD (SI/NO e specificare)

2. E' un caso da trattare con procedure interne (SI/NO e specificare)

Se si è risposto "SI" al punto 2, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo e-mail: salvaguardia@csen.it

Eventuali azioni intraprese (fornire i dettagli):

Sono state coinvolte autorità giudiziarie (Si/No e specificare perché)?

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile Safeguarding