



A.S.D. CAMMINATORI SENZA CONFINI FERRARA

MODULO DI SEGNALAZIONE

DATI DEL SEGNALANTE

NOME: _____ COGNOME: _____ ASD: CAMMINATORI SENZA CONFINI

RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): _____

N° di telefono principale: _____ . Mail: _____

Relazione con il minorenne: _____ -

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

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

Nome e cognome: _____

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;

fatto 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 sportivo 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: _____



A.S.D. CAMMINATORI SENZA CONFINI FERRARA

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 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:



A.S.D. CAMMINATORI SENZA CONFINI FERRARA

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?

SI

NO

Se "si", 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: _____

1) E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD/SSD?

(Si/No e specificare): _____

2) E' un caso da trattare con procedure interne

(SI/NOe specificare): _____

Se si è risposto "SI" al punto n°2, contattare immediatamente il SafeguardingOffice all'indirizzo mail salvaguardia@asinazionale.it .



A.S.D. CAMMINATORI SENZA CONFINI FERRARA

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

Sono state coinvolte autorità giudiziarie?

SI

NO

specificare il perché _____

E' stato richiesto un intervento medico?

SI

NO

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile
