

## Modulo di segnalazione

**CONFIDENZIALE / RISERVATO**

|   |
|---|
| <b>DATI DEL SEGNALANTE:</b>   |
| NOME E COGNOME:   |
| ASD: IL RANCH   |
| RUOLO (dirigente, atleta, tecnico):   |
| N° di telefono principale:  |
| Mail:   |
| Relazione con il minorenne:   |
| <b>DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABBA SUBITO MOLESTIE O ABUSO (nel caso diverso dal segnalante)</b>   |
| NOME E COGNOME:   |
| DATA DI NASCITA:  |
| RUOLO (atleta, altro):  |
| ORIGINE ETNICA:   |
| PERSONA CON DISABILITÀ (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):<br><br>indirizzo:<br>cellulare:<br>e-mail:  |
| Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto?<br><br>SINO  |
| Si sta segnalando un fatto a cui si è assistito personalmente o di cui si ha avuto percezione diretta, oppure quanto riferito da un'altra persona?<br><br>fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione diretta<br><br>riferito da un'altra persona |
| <b>Se si sta segnalando quanto riferito da un'altra persona, indicare:</b>  |
| Nome e cognome della persona che ha segnalato:<br>Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:<br>Recapito telefonico:  |

Data, ora e luogo del 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 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?<br><br>SI<br>NO<br><br>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?<br>Agenzia, ente, organizzazione, altro:<br><br>Membro della famiglia o altri (specificare):  |

|   |
|---|
| <b><u>Questa sezione è da compilarsi a cura del Responsabile che ha preso in carico la Segnalazione</u></b>   |
| Ricevuta segnalazione da (specificare dati del segnalante):   |
| Data e ora della ricezione della segnalazione:  |
| Specificare se:<br><br>1) E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD/SSD<br><br>2) E' un caso da trattare con procedure interne |

Se si è contrassegnato il punto n° 2, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo mail [salvaguardia@csen.it](mailto:salvaguardia@csen.it).

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

Sono state coinvolte autorità giudiziarie (Sì/No, specificare il perché):

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile

---