

MODULO DI SEGNALAZIONE

Da inviare al Responsabile Safeguarding di Life Roverero A.S.D

Nominativo: Ferri Fabiola E-Mail: byba27@hotmail.it Telefono: 339 2203310

DATI DEL SEGNALANTE	
Nome Cognome:	
ASD: Ruolo:	
Telefono: E-mail:	
Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (se diverso dal segnalante)	
Nome Cognome:	
Data di nascita (se nota) Ruolo:	
Origine etnica (se nota) Persona con disabilità (se noto):	
Sesso:	
Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:	
Recapito (se noto)	
Telefono (se noto) E-mail (se nota)	
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 ☐ 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:	
Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:	
Recapito telefonico o mail:	
Data, ora e luogo del fatto riportato:	
Dettagli del fatto o dell'episodio che desta preoccupazione. Si prega di 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 (se nota): Indirizzo completo (se noto): Recapito telefonico: E-mail:
Fornire i dettagli di qualsiasi persona coinvolta nei fatti o che si ritiene abbia causato il fatto 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 (se nota): Indirizzo completo (se noto): 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, ecc.)
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?
Luogo e data: Firma del segnalante:
Sezione da compilarsi a cura del Responsabile Safeguarding che ha preso in carico la segnalazione
Data e ora della ricezione della segnalazione: A mezzo: E' un caso che richiede di contattare il Safeguarding Office della FSN/EPS cui la ASD è affiliata? ☐ SI ☐ NO
Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli)
Sono state coinvolte autorità giudiziarie?
☐ SI ☐ NO Perchè:
E' stato richiesto un intervento medico?
☐ SI ☐ NO Se, sì, Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:
Luogo e data: Firma del Responsabile