

## **Modulo di segnalazione abusi**

### **Dati del segnalante:**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_.

ASD/SSD: \_\_\_\_\_ RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): \_\_\_\_\_

Nr di telefono principale: \_\_\_\_\_ e-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 \_\_\_\_\_

SESSO: \_\_\_\_ RUOLO (atleta, altro,..): \_\_\_\_\_ ORIGINE ETNICA: \_\_\_\_\_

PERSONA CON DISABILITA'(se nota): \_\_\_\_\_

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

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_.

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:**

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: \_\_\_\_\_

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** (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:

---

**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: \_\_\_\_\_

Membro della famiglia o altri (specificare): \_\_\_\_\_

1. È un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l' ASD/SSD?:  SI  NO

2. È un caso da trattare con procedure interne (Si/No e specificare):  SI  NO

Se si è risposto “si” al 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 (Si/No, specificare il perché)?  SI  NO \_\_\_\_\_

È stato richiesto un intervento medico?  SI  NO

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato: \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile \_\_\_\_\_