

**MODULO DI SEGNALAZIONE****CONFIDENZIALE / RISERVATO****Dati del Segnalante:**

nome: \_\_\_\_\_ cognome: \_\_\_\_\_

società: Waterpolo Project ASD

ruolo (dirigente, atleta, tecnico): \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

relazione con il minorenne: \_\_\_\_\_

**Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso diverso dal segnalante)**

nome: \_\_\_\_\_ cognome: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_

ruolo (atleta, altro): \_\_\_\_\_

origine etnica: \_\_\_\_\_

persona con disabilità (se nota):  SI  NO

sesso: \_\_\_\_\_

*In caso di minorenne indicare nome e cognome del/i genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:*

nome e cognome: \_\_\_\_\_

nome e cognome: \_\_\_\_\_

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

indirizzo: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/i 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 altra persona?

 fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente riferito da altra persona*Se si sta segnalando quanto riferito da altra persona, segnalare:*

nome e cognome della persona che ha segnalato: \_\_\_\_\_

ruolo nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Data, ora e luogo del fatto riportato: \_\_\_\_\_

Dettagli del fatto o dell'episodio che desta preoccupazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fornire la testimonianza o il racconto del fatto che desta preoccupazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fornire la testimonianza o il racconto di eventuali testimoni dell'incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicare i dati del/i testimone/i:

nome e cognome: \_\_\_\_\_

ruolo 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 fatto o provocato eventuali lesioni:

nome e cognome: \_\_\_\_\_

ruolo 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):

---

---

---

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 già stata data (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):

nome e cognome: \_\_\_\_\_

data e ora della ricezione della segnalazione: \_\_\_\_\_

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

 SI  NO

specificare: \_\_\_\_\_

2. E' un caso da trattare con procedure interne?

 SI  NO

specificare: \_\_\_\_\_

*se si è risposto "SI" al punto 22, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo mail **salvaguardia@cse.it***

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

 SI  NO

Specificare perché: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E' stato richiesto un intervento medico?

 SI  NO

specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Firma del Responsabile

\_\_\_\_\_