



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

via Cesare Battisti, 26
34125 -Trieste ITALY
CF / PI 01282840329
Tel: +39.040.260.6536
info@performtrieste.com
www.performtrieste.com

MODELLO DI SEGNALAZIONE CONFIDENZIALE E RISERVATA

Dati del segnalante

NOME e COGNOME:

ASD di appartenenza:

Ruolo (dirigente, atleta, tecnico):

Cellulare/Telefono:

e-mail:

Relazione con il minorenne:

Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso sia 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:

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

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

1)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:

testimonianza:

2) 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: testimonianza:

Fornire i dettagli di **qualsiasi persona coinvolta** nei fatti o che si ritiene abbia causato il/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? 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? 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/No e specificare):

Se si è risposto "si" al punto n°2, 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)?

E' stato richiesto un intervento medico? Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma della Responsabile

dott.sa Laura Pomicino