



MODULO PER LA SEGNALAZIONE

CONFIDENZIALE / RISERVATO

DATI DEL SEGNALANTE:

Nome: _____ Cognome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Ruolo (Maestro, istruttore, atleta, volontario, genitore o altro): _____

Indirizzo: _____

recapito telefonico: _____ e-mail: _____

pec: _____

DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABBIA SUBITO MOLESTIA O ABUSO (NEL CASO DIVERSO DAL SEGNALANTE):

Nome: _____ Cognome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Ruolo (Maestro, istruttore, atleta, volontario, genitore o altro): _____

Sesso: Maschile Femminile Altro

Etnia: _____

Persona con disabilità (se nota): Si No

E' STATO RICHIESTO UN INTERVENTO MEDICO? SI NO

DATA ED ORA DELL'INVIO/INTERVENTO MEDICO EFFETTUATO

Il ___/___/_____ alle ore _____



**SE MINORENNE INDICARE NOME E COGNOME DEL/DEI GENITORE/I O ESERCENTE/I
RESPONSABILITÀ GENITORIALE:**

GENITORE 1/TUTORE

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico: _____ e-mail: _____

Pec: _____

GENITORE 2

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico: _____ e-mail: _____

Pec: _____

**IL/I GENITORE/I O L'ESERCENTE RESPONSABILITÀ GENITORIALE È/SONO
STATO/STATI INFORMATO/I DELL'ACCADUTO? IN CASO POSITIVO CHE TIPO DI
AZIONI HANNO INTESO INTRAPRENDERE?**



SI STA SEGNALANDO UN FATTO A CUI SI È ASSISTITO PERSONALMENTE O DI CUI SI HA AVUTO PERCEZIONE DIRETTA O PERCHÉ RIFERITO DA UN'ALTRA PERSONA?

SE SI STA SEGNALANDO QUANTO RIFERITO DA UN'ALTRA PERSONA INDICARE I RIFERIMENTI DELLA PERSONA CHE È A CONOSCENZA DEL FATTO:

Nome: _____ Cognome: _____

Luogo: _____ data di nascita: _____

Ruolo (Maestro, istruttore, atleta, volontario, genitore o altro): _____

Recapiti (genitore/i o esercente/i la responsabilità genitoriale) _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico: _____ e-mail: _____

Pec: _____



**FORNIRE I DATI DI EVENTUALI TESTIMONI CHE HANNO ASSISTITO AL FATTO E I LORO
RECAPITI (INDIRIZZO, RECAPITO TELEFONICO, E-MAIL, PEC ECC.)**

Nome: _____

Cognome: _____

Indirizzo: _____

Recapito Telefonico: _____

e-mail: _____

Pec: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Indirizzo: _____

Recapito Telefonico: _____

e-mail: _____

Pec: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Indirizzo: _____

Recapito Telefonico: _____

e-mail: _____

Pec: _____

Luogo: _____

data: _____

Firma _____



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?

SI NO

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

SI NO

Se si è risposto "SI" al punto n°2, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo mail safeguarding@virgilio.it.

EVENTUALI AZIONI INTRAPRESE (FORNIRE DETTAGLI):



SONO STATE COINVOLTE AUTORITÀ GIUDIZIARIE ? SI NO (SPECIFICARE IL PERCHÉ)

E' STATO RICHIESTO UN INTERVENTO MEDICO? SI NO

DATA ED ORA DELL'INVIO/INTERVENTO MEDICO EFFETTUATO

Il ____/____/____ alle ore _____

Firma del Responsabile _____