

Modulo di Segnalazione

CONFIDENZIALE / RISERVATO

Attività / Luogo:

Nome e Cognome del minorenne:

Dettagli della segnalazione:

Data: Ora: Luogo:

Dettagli di chi fa la

Nome e cognome:

Indirizzo:

N° di telefono principale: N° di telefono secondario:

Occupazione: Relazione con il minorenne:

Dettagli del minorenne:

Nome e

cognome: Data Sesso:

di Nascita:

Residenza: Disciplina sportiva:

ASD: Lingua parlata:

Nazionalità:

Recenti cambiamenti nei comportamenti del minorenne:

Ogni altra informazione rilevante:

Dettagli del presunto abuso:
cosa,
chi,
dove,
quando
(inclusa la testimonianza dell'interessato se possibile)

Dettagli del Sospetto Abusante (se noti): Nome e Cognome:
Indirizzo:
Età:
Data di nascita:
Ruolo nell'ASD:
Tipo di lavoro:

Relazione con il minorenne:

Presunta attuale posizione del sospettato:

Attuale sicurezza del minorenni (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 minorenni?

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):

Azioni intraprese ad oggi (es. segnalazione alle autorità giudiziarie, ai servizi sociali, altro. Specificare luogo e giorno, tipo di azione intrapresa, i soggetti coinvolti e i loro recapiti)

Segnalazione riportata da: (se è la stessa persona che fa la segnalazione non è necessario riempire il riquadro)

Nome:

Ruolo e luogo:

Data:

Firma:

Questa sezione è da compilarsi a cura del Responsabile che ha preso in carico la Segnalazione

Azioni intraprese:

Nome:

Posizione:

Luogo:

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 Responsabile.

Data del contatto effettuato:

Le eventuali decisioni già intraprese dal Diretto Responsabile sono in linea con la Policy e la relativa Procedura per la Tutela di Bambine/i e Adolescenti? (fornire dettagli)

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

Sono state coinvolte autorità pubbliche per la protezione dei minorenni (Si/No, specificare il perché)? Quali altre azioni sono state fatte per assicurare la sicurezza del minorenne?

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile