

# MODULO DI SEGNALAZIONE

Da inviare al Responsabile Safeguarding della ASD HOCKEY PERGINE

Nominativo:      E-mail:      Telefono:

<b>DATI DEL SEGNALANTE</b>
Nome ..... Cognome: .....
ASD: ..... Ruolo: .....
Telefono: ..... E-mail: .....
<b>Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (se diverso dal segnalante)</b>
Nome ..... Cognome: .....
Data di nascita (se nota) ..... Ruolo: .....
Origine etnica (se nota) ..... Persona con disabilità (se noto): .....
Sesso: .....
Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale: .....
Recapito (se noto) .....
Telefono (se noto) ..... E-mail (se nota) .....
<b>Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>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?</b>
<input type="checkbox"/> fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente
<input type="checkbox"/> fatto riferito da un'altra persona
<b>Se si sta segnalando quanto riferito da un'altra persona indicare:</b>
Nome e cognome della persona che ha riferito: .....
Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: .....
Recapito telefonico o mail: .....
Data, ora e luogo del fatto riportato: ..... .....
<b>Dettagli del fatto o dell'episodio che desta preoccupazione. Si prega di 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)</b>

**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 (se nota): .....  
Indirizzo completo (se noto): .....  
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/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: .....  
Data di nascita (se nota): .....  
Indirizzo completo (se noto): .....  
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, ecc.)**

**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 stata già data (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti): .....

**Chi altro è a conoscenza del caso?**

Luogo e data: .....

Firma del segnalante: .....

**Sezione da compilarsi a cura del Responsabile Safeguarding che ha preso in carico la segnalazione**

Data e ora della ricezione della segnalazione: .....

A mezzo: .....

E' un caso che richiede di contattare il Safeguarding Office della FSN/EPS cui la ASD è affiliata?

SI  NO

**Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli)**

**Sono state coinvolte autorità giudiziarie?**

SI  NO Perchè:

**E' stato richiesto un intervento medico?**

SI  NO Se, sì, Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Luogo e data: ..... Firma del Responsabile .....