Modulo di Segnalazione - A.S.D. MACCAGYM 3.0

DATI DEL SEGNALANTE

Campo	Dettagli
ASD/SSD	.....
Nome	.....
Cognome	.....
Ruolo (dirigente, atleta, tecnico)	.....
N° di telefono principale	.....
Mail	.....
Relazione con il minorenne	.....

DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABBIA SUBITO MOLESTIA O ABUSO
(nel caso sia diversa dal segnalante)

Campo	Dettagli
Nome e Cognome	.....
Data di nascita	.....
Ruolo (atleta, altro,..)	.....
Origine etnica	.....
Persona con disabilità (se nota)	.....
Sesso	.....
Se minorenne, genitore/i o esercente responsabilità	.....
Indirizzo (genitore/i o esercente responsabilità)	.....
Cellulare (genitore/i o esercente responsabilità)	.....
E-mail (genitore/i o esercente responsabilità)	.....
Genitore/i informato/i dell'accaduto?	□ SI □ NO

TIPO DI SEGNALAZIONE

Campo	Dettagli
Fatto assistito personalmente o percepito	□ Fatto personale □ Riferito
Se riferito, nome e cognome del segnalante	.....
Ruolo/posizione del segnalante	.....
Recapito telefonico segnalante	.....
Data, ora e luogo del fatto	.....

DETTAGLIO DEL FATTO

Campo	Dettagli
Descrizione del fatto o episodio	.....
Testimonianza della vittima (se nota)	.....
Testimonianza dei testimoni	.....

DATI DEI TESTIMONI

Campo	Testimone 1	Testimone 2
Nome e Cognome	.....	.....
Ruolo/posizione nell’ambito sportivo	.....	.....
Data di nascita	.....	.....
Indirizzo completo	.....	.....
Recapito telefonico	.....	.....
E-mail	.....	.....

DETTAGLI SULLE PERSONE COINVOLTE

Campo	Dettagli
Nome e Cognome	.....
Ruolo/posizione nell'ambito sportivo	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo completo	.....
Recapito telefonico	.....
E-mail	.....

AZIONI INTRAPRESE

Campo	Dettagli
Caso da trattare con procedure esterne (Sì/No e specificare)	.....
Caso da trattare con procedure interne (Sì/No e specificare)	.....
Sicurezza attuale del minorenne	.....
Membro della famiglia o altri (specificare)	.....
Chi altro è a conoscenza del caso?	.....
Agenzia/ente/organizzazione/altro informato	.....
Richiesta assistenza medica di emergenza?	□ SI □ NO

RICEZIONE SEGNALAZIONE (Responsabile)

Campo	Dettagli
Segnalazione ricevuta da	.....
Data e ora della ricezione	.....

AZIONI INTRAPRESE DAL RESPONSABILE

Campo	Dettagli
Azioni intraprese (dettagli)	.....
Coinvolgimento di autorità giudiziarie? (Sì/No e specificare)	.....
Richiesto intervento medico?	.....
Data e ora invio/intervento medico	.....
Firma del Responsabile	.....

A.S.D.
MACCAGYM 3.0