



ASSOCIAZIONE
VIRTUS ET LABOR



GINNASTICA
MELEGNANO



MODULO DI SEGNALAZIONE

CONFIDENZIALE/RISERVATO

Attività / luogo:

Cognome e nome:

DETTAGLI DELLA SEGNALAZIONE

Data: Ora: Luogo:

DATI DI CHI SEGNA LA

Cognome e Nome: Relazione con il minore:

Indirizzo:

Telefono: Occupazione:

DATI DEL MINORE

Cognome e nome: Sesso: Data di nascita:

Lingua parlata: Nazionalità:

Indirizzo:

ASD: Disciplina sportiva:

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):



.....
Relazione con il minorenne:

Dettagli del Sospetto Abusante (se noti):

Cognome e nome:

Data di nascita: età:

Indirizzo:

Ruolo nell'ASD:

Tipo di lavoro:

Presunta attuale posizione del sospettato:

Attuale sicurezza del minorenne (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 minore? Sì 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?

- 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):

.....
.....
.....
.....
.....



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

Nome:

Azioni intraprese:

Posizione:

Luogo:

Data e ora della ricezione della segnalazione:

1. È un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD? (Sì/No e specificare):

.....

2. È un caso da trattare con procedure interne (Sì/No e specificare):

.....

Se si è risposto "Sì" 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 (Sì/No, specificare il perché)?

.....

.....

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

.....

.....

.....

È stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile