

MODULO DI SEGNALAZIONE – CONFIDENZIALE / RISERVATO

◆ DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABBIA SUBITO MOLESTIA O ABUSO

(da compilare solo se diversa dal segnalante)

- **Nome e Cognome:**
- **Data di nascita:**
- **Ruolo (atleta, altro):**
- **Origine etnica:**
- **Persona con disabilità (se nota):** ☐ Sì ☐ No
- **Sesso:** ☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Altro ☐ Preferisco non dire

◆ Se minorenne, indicare:

- **Nome/i e Cognome/i del/i genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:**
.....
- **Indirizzo:**
- **Cellulare:**
- **Email:**
- **Il/i genitore/i è/sono stato/i informato/i dell'accaduto?** ☐ Sì ☐ No

◆ CIRCOSTANZE DELLA SEGNALAZIONE

- **Tipo di segnalazione:**
 - ☐ Ho assistito personalmente / percepito direttamente
 - ☐ Mi è stato riferito da un'altra persona

◆ Se riferito da altri, indicare:

- **Nome e cognome della persona che ha segnalato:**
- **Ruolo/posizione e rapporto con la persona coinvolta:**
- **Telefono:**

◆ DETTAGLI DEL FATTO

- **Data, ora e luogo dell'episodio/i segnalato/i:**
.....
- **Descrizione dettagliata dell'evento:**
(Inclusa descrizione infortuni, specificare se è fatto accertato, opinione o sentito dire)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

◆ DATI DEL SEGNALANTE

- **Nome e Cognome:**
- **ASD/SSD:**
- **Ruolo (dirigente, atleta, tecnico):**
- **Telefono principale:**
- **Email:**
- **Relazione con il minorenne (se presente):**

◆ TESTIMONIANZE

1. **Testimonianza di chi ha subito l'abuso/molestia (se nota):**
.....
2. **Testimonianza/e di eventuali testimoni:**
.....

Dati del/i testimone/i:

- **Nome e Cognome:**
- **Ruolo e rapporto con la persona coinvolta:**
- **Data di nascita:**
- **Indirizzo:**
- **Telefono:** **Email:**

(Ripetere questa sezione per ogni testimone, se necessario)

◆ **DATI DEL PRESUNTO AUTORE DEL FATTO**

- Nome e Cognome:
 - Ruolo e rapporto con la persona coinvolta:
 - Data di nascita:
 - Indirizzo completo:
 - Telefono: Email:
-

◆ **AZIONI INTRAPRESE**

- Eventuali azioni già intraprese:
.....
- Il caso è da trattare con procedure esterne (non collegato all'ASD)? ☐ Sì ☐ No
(specificare):
- Il caso è da trattare con procedure interne? ☐ Sì ☐ No
(specificare):

👉 Se Sì al punto 2, contattare **Safeguarding Office**: safeguarding@polisportivamarequartu.it

◆ **SICUREZZA ATTUALE DEL MINORENNE**

- Il luogo di residenza è sicuro? ☐ Sì ☐ No
 - Rischi attuali?
 - Timori espressi?
 - Altri soggetti coinvolti o familiari da informare (specificare):
.....
-

◆ **CONOSCENZA DEL CASO DA PARTE DI TERZI**

- Chi altro è a conoscenza del caso?
 - Agenzia/Ente/Organizzazione/Altro:
 - Servizio e personale informato:
.....

- È stata richiesta assistenza medica d'urgenza? ☐ Sì ☐ No
-



SEZIONE RISERVATA AL RESPONSABILE DELLA SEGNALAZIONE

- Segnalazione ricevuta da (dati segnalante):
.....
- Data e ora ricezione segnalazione:
- Azioni intraprese (dettagli):
.....
- Coinvolgimento autorità giudiziarie: ☐ Sì ☐ No
(specificare perché):
- Intervento medico richiesto: ☐ Sì ☐ No
 - Data e ora intervento medico:

Firma del Responsabile: _____

safeguarding@polisportivamarequartu.it