

MODULO DI SEGNALAZIONE	
CONFIDENZIALE/ RISERVATO	
DATI SEGNALANTE:	
NOME	COGNOME
STRUTTURA SPORTIVA: SSD CIRCOLO IPPICO PREVAL A RESPONSABILITA' LIMITATA	
RUOLO (DIRIGENTE, ATLETA, TECNICO)	
NUMERO TELEFONICO	
MAIL	
RELAZIONE CON IL MINORENNE	
DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABBAIA SUBITO MOLESTIA O ABUSO (NEL CASO DIVERSO DAL SEGNALANTE)	
NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	
RUOLO (ATLETA, ALTRO)	
ORIGINE ETNICA	
PERSONA CON DISABILITA' (SE NOTA)	
SESSO	
SE MINORENNE INDICARE NOME E COGNOME DEL/DEI GENITORE/I O ESERCENTE/I RESPONSABILITA' GENITORIALE:	
NOME	COGNOME
RECAPITI (GENITORE/I O ESERCENTE/I RESPONSABILITA' GENITORIALE)	
INDIRIZZO	
TELEFONO/CELLULARE	
E-MAIL	
IL/I GENITORE/I O L'ESERCENTE/I RESPONSABILITA' GENITORIALE E'/SONO STATO/STATI INFORMATI DELL'ACCADUTO?	
SI __	NO__
SI STA SEGNALANDO UN FATTO A CUI SI' E' ASSISTITO PERSONALMENTE O DI CUI SI HA AVUTO PERCEZIONE DIRETTA O QUANTO RIFERITO DA UN ALTRA PERSONA?	
_____ FATTO A CUI HO ASSISTITO PERSONALMENTE O DI CUI HO AVUTO PERCEZIONE DIRETTA	
_____ RIFERITO DA UN'ALTRA PERSONA	
SE SI STA SEGNALANDO QUANTO RIFERITO DA UN'ALTRA PERSONA INDICARE:	

NOME E COGNOME DELLA PERSONA CHE HA SEGNALATO:	
NOME	COGNOME
RUOLO/POSIZIONE IN AMBITO SPORTIVO E RAPPORTO CON PERSONA CHE HA SUBITO MOLESTIA O ABUSO:	
RECAPITO TELEFONICO:	
DATA, ORA E LUOGO DEL/I FATTO/I RIPORTATO/I:	
DETTAGLIO DEL FATTO/I O DELL'EPISODIO CHE DESTA PREOCCUPAZIONE. (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):	
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 TESTIMONI:	
NOME	COGNOME
RUOLO/POSIZIONE NELL'AMBITO SPORTIVO E RAPPORTO CHE INTERCORRE CON LA PERSONA CHE HA SUBITO LA MOLESTIA O ABUSO:	
DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO COMPLETO	
RECAPITO TELEFONICO	

QUESTA SEZIONE E' DA COMPILARSI A CURA DEL RESPONSABILE CHE HA PRESO IN CARICO LA SEGNALAZIONE

RICEVUTA SEGNALAZIONE DA : _____

DATA E ORA DELLA RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE

1. E' UN CASO DA TRATTARE CON PROCEDURE ESTERNE, OVVERO NON C'E' CONNESSIONE TRA IL CASO E LA SSD CIRCOLO IPPICO PREVAL (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 safeguarding Office FITETREC ANTE all'indirizzo email safeguarding@fitetrec-ante.it