

WILLIAM'S SPORT CLUB

Modulo di segnalazione abuso

DATI DEL SEGNALANTE
NOME: _____ COGNOME: _____
ASD: William's Sport Club
RUOLO (Dirigente, atleta, tecnico): _____
N° telefono : _____
Mail: _____ Relazione col minorenni: _____

DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABIA SUBITO MOLESTIA O ABUSO (SE DIFFERENTE DAL SEGNALANTE)
NOME E COGNOME
DATA DI NASCITA
RUOLO (atleta, altro)
ORIGINE ETNICA
PERSONA CON DISABILITA' (se nota)
SESSO
Se minorenni indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale

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:

Indirizzo completo:

Recapito telefonico:

E-mail:

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:

Indirizzo completo:

Recapito telefonico:

E-mail:

Indicare eventuali azioni finora intraprese:

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, ecc.)

È stata richiesta assistenza medica di emergenza per il minorenne?

Se sì indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è già stata fornita (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti):

Chi altro è a conoscenza del caso?

Agenzia, ente, organizzazione, altro:

Membro della famiglia o altri (specificare):

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

Ricevuta segnalazione da (specificare dati segnalante):

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'Iwama Budo Kai a.s.d.?

Sì No

2. È un caso da trattare con procedure interne?

Sì No

Se si è risposto "sì" al punto n°2, contattare immediatamente il Safeguarding Office del CSEN all'indirizzo email salvaguardia@csen.it

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

Sono state coinvolte autorità giudiziarie (Sì/No, specificare il perché):

È stato richiesto un intervento medico?

Data e ora dell'invio/intervento medico effettuato?

Firma del responsabile:

LIBERATORIA PRIVACY

(da compilare e sottoscrivere a cura del dichiarante)

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni (codice sulla privacy), esprimo il mio consenso al trattamento dei dati riportati sulla presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

Data: _____

Firma: _____