



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 (se nota):
Indirizzo completo (se noto):
Recapito telefonico:
E-mail:

Fornire i dettagli di qualsiasi persona coinvolta nei fatti o che si ritiene abbia causato il fatto o provocato eventuali lesioni

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 (se nota):
Indirizzo completo (se noto):
Recapito telefonico:
E-mail:

Indicare eventuali azioni finora intraprese



Attuale sicurezza del minorenni (incluse 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 minorenni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?
Luogo e data: Firma del segnalante:
Sezione da compilarsi a cura del Responsabile Safeguarding che ha preso in carico la segnalazione
Data e ora della ricezione della segnalazione: A mezzo: È un caso che richiede di contattare il Safeguarding Office della FSN/EPS cui la ASD è affiliata? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli)
Sono state coinvolte autorità giudiziarie? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Perché:
È stato richiesto un intervento medico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se, sì, Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:
Luogo e data: Firma del Responsabile