CENTRO KARATE SHOTOKAN KENYU KAI – Foligno - A.S.D.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La/il sottoscritta/o |  | |
| Socia/o dell’ASD Centro Karate Shotokan Kenyu Kai Foligno con Tessera n.: | |  |

**dichiaro di aver ricevuto:**

|  |
| --- |
| • il Modello Organizzativo di Gestione e Controllo ed il Codice di Condotta |
| **•** il modulo predisposto per la segnalazione di abusi, violenze, discriminazioni anche ai sensi del D.Lgs. 198/2006 |
| • I contatti del Responsabile Safeguarding nominato dalla ASD |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  |  |  |  | Firma: |  |

**Contatti con il Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni**

|  |  |
| --- | --- |
| RESPONSABILE SAFEGUARDING ASD | **Daniela Prosperi** |

|  |  |
| --- | --- |
| Abitazione | **Via Raffaello Sanzio 29** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cellulare | **3405801968** | e-mail | **prosperi.daniela1958@gmail.com** |

1

**Modulo di segnalazione di abusi, violenze e discriminazioni**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | NOME: |  | | COGNOME: | |  | | | ASD: |  | | RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): | | |  | | Telef.: |  | | Mail: |  | | | | Relazione con il minorenne: | |  | | | | | | | | | | |
| **Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso diverso dal segnalante)** | | | | | |
| NOME e COGNOME |  | | data di nascita |  | |
| RUOLO (atleta, altro,.) |  | | SESSO |  | |
| ORIGINE ETNICA |  | PERSONA CON DISABILITA’(se nota) | | |  |
| Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale: | | | | | |
| Recapiti (genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale). Cellulare:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Indirizzo: | e-mail: |  | | | | | | |
| Il/i genitore/i o l’esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell’accaduto?  □ SI □ NO | | | | | |
| Si sta segnalando un fatto a cui si è 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 direttamente  □ quanto riferito da un’altra persona | | | | | |
| Se si sta segnalando quanto riferito da un’altra persona indicare:   |  |  | | --- | --- | | Nome e cognome della persona che ha segnalato |  |   Ruolo/posizione nell’ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Recapito telefonico: |  | | | | | | |
| Data, ora e luogo del/i fatto/i riportato/i: | | | | | |
| Dettagli 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:   |  | | --- | |  | |  |   2 | | | | | |
| **Indicare i dati del/dei testimone/i:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nome e cognome: |  | Data di nascita: |  |   Ruolo/posizione nell’ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indirizzo: |  | telefono: |  | mail: |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nome e cognome: |  | Data di nascita: |  |   Ruolo/posizione nell’ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indirizzo: |  | telefono: |  | e-mail: |  | | | | | | |
|  | | | | | |
| Indicare eventuali azioni finora intraprese:   |  | | --- | |  | |  | |  | | | | | | |
| Attuale sicurezza del minorenne (incluse 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 minorenne: NOSI  Se “si”, 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):

|  |
| --- |
|  |
|  |

3

1.

È un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c’è connessione tra il

caso e l’ASD? (Si/No e specificare):

2.

È 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

all’indirizzo mail riportato a pag.1.

Questa

sezione

è

da

compilarsi

a

cura

del

Responsabile

che

ha

preso

in

carico

la

Segnalazione

Ricevuta segnalazione da (specificare dati del segnalante):

Data e ora della ricezione della segnalazione:

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

Sono state coinvolte autorità giudiziarie (Si/No, specificare il perché)?

È stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell’invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile

4