



STELLA D'ORO  
AL MERITO SPORTIVO

ASSOCIAZIONE  
VIRTUS ET LABOR



GINNASTICA  
MELEGNAZO



COLLARE D'ORO  
AL MERITO SPORTIVO

## MODULO DI SEGNALAZIONE

### CONFIDENZIALE/RISERVATO

Attività / luogo: .....

Cognome e nome: .....

### DETTAGLI DELLA SEGNALAZIONE

Data: ..... Ora: ..... Luogo: .....

### DATI DI CHI SEGNALA

Cognome e Nome: ..... Relazione con il minore: .....

Indirizzo: .....

Telefono: ..... Occupazione: .....

### DATI DEL MINORE

Cognome e nome: ..... Sesso: ..... Data di nascita: .....

Lingua parlata: ..... Nazionalità: .....

Indirizzo: .....

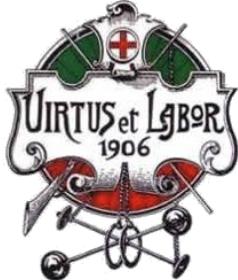
ASD: ..... Disciplina sportiva: .....

Recenti cambiamenti nei comportamenti del minorenne: .....

Ogni altra informazione rilevante: .....

Dettagli del presunto abuso (cosa, chi, dove, quando, inclusa la testimonianza dell'interessato se possibile):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



.....  
Relazione con il minorenne: .....

Dettagli del Sospetto Abusante (se noti):

Cognome e nome: .....

Data di nascita: ..... età: .....

Indirizzo: .....

Ruolo nell'ASD: .....

Tipo di lavoro: .....

Presunta attuale posizione del sospettato: .....

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 minore?

Sì

No

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

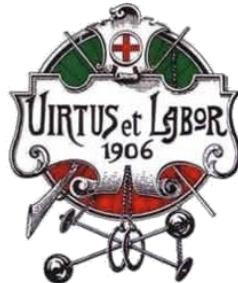
.....  
.....

Chi altro è a conoscenza del caso?

- Agenzia, ente, organizzazione, altro: .....
- Membro della famiglia o altri (specificare): .....

Azioni intraprese ad oggi (es. segnalazione alle autorità giudiziarie, ai servizi sociali, altro. Specificare luogo e giorno, tipo di azione intrapresa, i soggetti coinvolti e i loro recapiti):

.....  
.....  
.....  
.....



**Questa sezione è da compilarsi a cura del Responsabile che ha preso in carico la Segnalazione.**

Nome: .....

Azioni intraprese: .....

Posizione: .....

Luogo: .....

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'ASD? (Sì/No e specificare): .....

.....

2. È un caso da trattare con procedure interne (Sì/No e specificare): .....

.....

Se si è risposto "Sì" al punto n.2, contattare immediatamente il Responsabile.

Data del contatto effettuato: .....

Le eventuali decisioni già intraprese dal Diretto Responsabile sono in linea con la Policy e la relativa Procedura per la Tutela di Bambine/i e Adolescenti? (Fornire dettagli) .....

.....

.....

.....

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

.....

.....

Sono state coinvolte autorità pubbliche per la protezione dei minorenni (Sì/No, specificare il perché)? Quali altre azioni sono state fatte per assicurare la sicurezza del minorenne? .....

.....

.....

.....

È stato richiesto un intervento medico? .....

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato: .....

Firma del Responsabile