



A.S.D. **GASP**

Gruppo Aeromodellistico Sportivo Perugia

**Modulo di Segnalazione
CONFIDENZIALE/RISERVATO**

DATI DEL SEGNALANTE
NOME:..... COGNOME:
ASD:.....
RUOLO (dirigente, tecnico, associato): n. tel./cell.....
E-Mail: relazione con la presunta vittima:
Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso sia diverso dal segnalante)
NOME E COGNOME:
DATA DI NASCITA:
RUOLO (associato, dirigente, altro....)
ORIGINE ETNICA:
PERSONA CON DISABILITA' (se nota)
SESSO:
Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale:
Recapiti (dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale) indirizzo:..... cellulare:..... e-mail:.....
Il/i genitore/i o l'esercente la responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si sta segnalando un fatto a cui si è assistito personalmente o di cui si ha avuto percezione diretta o perché riferito da un'altra persona? <input type="checkbox"/> fatto a cui ho assistito personalmente; <input type="checkbox"/> riferito da un'altra persona;
Se si stà segnalando quanto riferito da un'altra persona indicare:
Nome e cognome della persona che ha segnalato: Ruolo nell'ambito associativo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o l'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



A.S.D. **GASP**

Gruppo Aeromodellistico Sportivo Perugia

Fornire la testimonianza o il racconto 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:

cognome e nome:

ruolo in ambito associativo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o l'abuso:

data di nascita:

indirizzo completo:

recapito telefonico:

e-mail:

cognome e nome:

ruolo in ambito associativo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o l'abuso:

data di nascita:

indirizzo completo:

recapito telefonico:

e-mail:

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

cognome e nome:

ruolo in ambito associativo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o l'abuso:

data di nascita:

indirizzo completo:

recapito telefonico:

e-mail:

Indicare eventuali azione finora intraprese:



A.S.D. GASP

Gruppo Aeromodellistico Sportivo Perugia

Attuale sicurezza della vittima (includere informazioni se il luogo dove risiede sia sicuro, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, etc.):

E' stata richiesta assistenza medica di emergenza per la vittima?
Se "sì", indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è stata già data (servizio, nominativo del personale, recapiti):

Chi altro è a conoscenza del caso?
Agenzia, ente, organizzazione, altro:

Membro della famiglia o altri (specificare):

Questa sessione 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 segnalazione:

1. E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'A.S.D.? (Sì/No specificare):

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

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



A.S.D. **GASP**

Gruppo Aeromodellistico Sportivo Perugia

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

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

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile