

**MODULO DI SEGNALAZIONE
ASD FC CABIATE
CONFIDENZIALE / RISERVATO**

DATI DEL SEGNALANTE

Cognome _____ Nome _____

Ruolo _____

Riferimento telefonico _____ e-mail _____

DATI PERSONA CHE SI RITIENE ABBA SUBITO ABUSO / MOLESTIA / VIOLENZA E DISCRIMINAZIONE (se diversa dal segnalante)

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		e-mail	

Se minorenne

- indicare di seguito: cognome, nome, rif. telefonico ed e-mail del/i genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:

- Il/i genitore/i o l'esercente/i della responsabilità genitoriale è/sono stato/i informato/i dell'accaduto?

IL FATTO

Al fatto

- si è assistito personalmente
- ha avuto percezione diretta
- è stata riferita da altra persona?

Se si sta segnalando quanto riferito da altra persona indicare:

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		e-mail	

Data, ora, luogo e circostanza del fatto:

Fornire eventuali riferimenti di tutte le persone coinvolte, a vario titolo, nel fatto:

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		e-mail	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		e-mail	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		e-mail	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		e-mail	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		e-mail	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		e-mail	

LE AZIONI

Indicare eventuali azioni finora intraprese:

Attuale collocazione del soggetto che ha subito il fatto e livello di sicurezza.

È stata richiesta assistenza medica di emergenza? _____

Riferimenti dell'operatore sanitario intervenuto

Firma _____

INVIARE A: safeguarding.fccabiate@gmail.com