



NTA DANCE SCHOOL

MODULO DI SEGNALAZIONE

Da inviare al Responsabile Safeguarding della **NTA DANCE SCHOOL ASD**

Nominativo: *Teresa Tonelli*

E-mail: *segreteria@ntadanceschool.it*

Telefono: *0461-082207*

DATI DEL SEGNALANTE		
Nome	Cognome:	
ASD:	Ruolo:	
Telefono:	E-mail:	
Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (se diverso dal segnalante)		
Nome	Cognome:	
Data di nascita (se nota)	Ruolo:	
Origine etnica (se nota)	Persona con disabilità (se noto):	
Sesso:		
Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:		
Recapito	(se	noto)
Telefono (se noto)	E-mail (se nota)	



<p>Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>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?</p>
<p><input type="checkbox"/> fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente</p> <p><input type="checkbox"/> fatto riferito da un'altra persona</p>
<p>Se si sta segnalando quanto riferito da un'altra persona indicare:</p>
<p>Nome e cognome della persona che ha riferito: </p> <p>Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: </p> <p>Recapito telefonico o mail: </p> <p>Data, ora e luogo del fatto riportato: </p>
<p>Dettagli del fatto o dell'episodio che desta preoccupazione. Si prega di 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)</p>
<p>Fornire la testimonianza o il racconto del fatto di chi ha subito l'abuso o la molestia (se noto)</p>
<p>Fornire la testimonianza o il racconto di eventuali testimoni dell'incidente</p>
<p>Indicare i dati del/dei testimone/i</p>



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 minorenne (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 minorenne? SI 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:
.....

E' un caso che richiede di contattare il Safeguarding Office della FSN/EPS cui la ASD è affiliata?
 SI NO

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli)

.....

Sono state coinvolte autorità giudiziarie?

SI NO Perchè:
.....

E' stato richiesto un intervento medico?

SI NO Se, sì, Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:
.....

.....



Luogo e data: Firma del Responsabile
.....

