

Principali Contatti/Riferimenti

Si considerino i seguenti recapiti

Responsabile per la tutela dei minorenni

Incaricato	Recapiti	Dettaglio
CAZZOLLA GIOVANNI	Ufficio	Sede JBM
	Cellulare	3271864179
	Mail	giovanni.cazzolla96@gmail.com

Modulo di Segnalazione

CONFIDENZIALE / RISERVATO

Attività / Luogo:		
Nome e Cognome del minorenne:		
<u>Dettagli della segnalazione:</u>		
Data:	Ora: Luogo:	
<u>Dettagli di chi fa la</u>		
Nome e cognome:		
Indirizzo:		
N° di telefono principale:	N° di telefono secondario:	
Occupazione:	Relazione con il minorenne:	
<u>Dettagli del minorenne:</u>		
Nome e cognome:	Data	Sesso:
di Nascita:		
Residenza:	Disciplina sportiva:	
ASD:	Lingua parlata:	
Nazionalità:		

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)	Dettagli del Sospetto Abusante (se noti): Nome e Cognome: Indirizzo: Età: Data di nascita: Ruolo nell'ASD: Tipo di lavoro:
Relazione con il minorenne:	Presunta attuale pozione del sospettato:

Attuale sicurezza del minorenne (includere 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?

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)

Segnalazione riportata da: (se è la stessa persona che fa la segnalazione non è necessario riempire il riquadro)

Nome:

Ruolo e luogo:

Data:

Firma:

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

Azioni intraprese:

Nome:

Posizione:

Luogo:

Data e ora della ricezione della segnalazione:

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

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

Se si è risposto "si" 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 (Si/No, specificare il perché)?

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

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile