

## Modulo di Segnalazione

**CONFIDENZIALE / RISERVATO**

<b>Attività / Luogo:</b>		
<b>Nome e Cognome del minorenne:</b>		
<b><u>Dettagli della segnalazione:</u></b>		
Data:	Ora:                      Luogo:	
<b><u>Dettagli di chi fa la</u></b>		
Nome e cognome:		
Indirizzo:		
N° di telefono principale:	N° di telefono secondario:	
Occupazione:	Relazione con il minorenne:	
<b><u>Dettagli del minorenne:</u></b>		
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 posizione 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

## NOMINA RESPONSABILE CONTRO ABUSI, VIOLENZE E DISCRIMINAZIONI

Luogo e data \_\_\_\_\_

Gentile sig. \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Residente  
in \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

### **Oggetto: nomina a responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni**

Facendo seguito ai colloqui intercorsi, con la presente siamo lieti di confermarle, in attuazione alle attività sportiva della ASD/SSD \_\_\_\_\_ (di seguito "Associazione o Società"), il conferimento dell'incarico a nomina a **Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni**.

1. L'incarico dovrà essere espletato secondo quanto previsto dal modello organizzativo e dal codice di condotta approvati in data \_\_\_\_\_.
2. Il presente incarico assolve a quanto previsto dall'art. 33 del decreto legislativo n. 36/2021, così come novellato dal decreto legislativo 120/2023.
3. L'incaricato dichiara di essere a conoscenza delle responsabilità derivanti dall'assunzione del ruolo di Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni e di voler assumere tutti gli obblighi del caso, come previsto dal modello organizzativo e dal codice di condotta della ASD/SSD \_\_\_\_\_.
4. Con la sottoscrizione della presente Lei si impegna, tra l'altro, a mantenere la più assoluta riservatezza e a non divulgare con alcun mezzo (a titolo esemplificativo dichiarazioni, interviste giornalistiche o televisive ecc.), anche dopo la cessazione di efficacia del presente incarico, informazioni, notizie e commenti di cui Lei sia venuto a conoscenza, direttamente o indirettamente, in occasione dell'esecuzione del presente incarico.
5. Per ogni controversia relativa al presente incarico, le parti dichiarano competente il Foro di \_\_\_\_\_.
6. Con l'accettazione del presente incarico, Lei dichiara che opererà con diligenza e professionalità il proprio compito, rispettando le normative interne della Associazione/Società, in particolare lo Statuto, i Regolamenti, il Codice di Comportamento Sportivo del CONI e del Codice Etico del CSEN, nonché il *Regolamento Safeguarding* del CSEN e il modello organizzativo dell'ASD/SSD \_\_\_\_\_ con obbligo di assoluta riservatezza, anche dopo la cessazione dell'incarico, circa ogni dato e notizia relativi all'attività svolta ed alle atlete/i coinvolte/i).

In attesa di ricevere la presente lettera firmata per accettazione, inviamo cordiali saluti.

Per la ASD/SSD \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Trattamento dei dati personali: Lei dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui al D.Lgs. 196/2003, ("Codice in materia di protezione dei dati personali", di seguito "Il Codice") e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, ed esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, nonché alla loro comunicazione e trasferimento anche all'estero, secondo quanto indicato nell'informativa ricevuta.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Consapevole dell'incarico su citato, Lei dichiara di aver letto, approvato e accettato le pattuizioni contenute negli artt. 1 , 2, 3, 4, 5, 6 del presente incarico.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_