



# MODULO PER LA SEGNALAZIONE

## CONFIDENZIALE / RISERVATO

### DATI DEL SEGNALANTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Ruolo (Maestro, istruttore, atleta, volontario, genitore o altro): \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

### DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABBA SUBITO MOLESTIA O ABUSO (NEL CASO DIVERSO DAL SEGNALANTE):

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Ruolo (Maestro, istruttore, atleta, volontario, genitore o altro): \_\_\_\_\_

Sesso: Maschile  Femminile  Altro

Etnia: \_\_\_\_\_

Persona con disabilità (se nota): Si  No

E' STATO RICHIESTO UN INTERVENTO MEDICO? SI  NO

### DATA ED ORA DELL'INVIO/INTERVENTO MEDICO EFFETTUATO

Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_



**SE MINORENNE INDICARE NOME E COGNOME DEL/DEI GENITORE/I O ESERCENTE/I RESPONSABILITÀ GENITORIALE:**

**GENITORE 1/TUTORE**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_

**GENITORE 2**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_

**IL/I GENITORE/I O L'ESERCENTE RESPONSABILITÀ GENITORIALE È/SONO STATO/STATI INFORMATO/I DELL'ACCADUTO? IN CASO POSITIVO CHE TIPO DI AZIONI HANNO INTESO INTRAPRENDERE?**

---

---

---

---

---

**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?**

---

---

---

---

---





**FORNIRE I DATI DI EVENTUALI TESTIMONI CHE HANNO ASSISTITO AL FATTO E I LORO  
RECAPITI (INDIRIZZO, RECAPITO TELEFONICO, E-MAIL, PEC ECC.)**

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_

**Luogo:** \_\_\_\_\_ **data:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_



**Questa sezione 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 ricezione della segnalazione: \_\_\_\_\_

**1. E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ACSD?**

SI  NO

**2. E' un caso da trattare con procedure interne:**

SI  NO

Se si è risposto "SI" al punto n°2, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo mail [safeguardingpolicy@endas.it](mailto:safeguardingpolicy@endas.it).

**EVENTUALI AZIONI INTRAPRESE (FORNIRE DETTAGLI):**

---

---

---

**SONO STATE COINVOLTE AUTORITÀ GIUDIZIARIE ?** SI  NO  (SPECIFICARE IL PERCHÉ)

---

---

---

**E' STATO RICHIESTO UN INTERVENTO MEDICO?** SI  NO

**DATA ED ORA DELL'INVIO/INTERVENTO MEDICO EFFETTUATO**

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile \_\_\_\_\_