# Dichiarazione di accettazione

Io sottoscritto ……………………………………………… tessera n. …………..……………

ruolo dichiaro di essere stato informato che sul sito del ASD CAO SHIATSU sono disponibili per il download :

* il Modello Organizzativo di Gestione e Controllo ed il Codice di Condotta
* La modulistica predisposta per la segnalazione di abusi, violenze, discriminazioni anche ai sensi del d.Lgs. 198/2006
* I contatti del Responsabile Safeguarding nominato dalla ASD/SSD

Firma: Data:

# Principali Contatti del Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESPONSABILE SAFEGUARDINGASD CAO SHIATSU | RECAPITO | DETTAGLIO |
| Sig. DOMITILLA PISONI | Ufficio | …………………………………….. |
|  | Cellulare | 3398202347 |
|  | Mail | domitillapisoni@gmail.com |

**Modulo di Segnalazione CONFIDENZIALE / RISERVATO**

**DATI DEL SEGNALANTE**

|  |
| --- |
| NOME: …………………… COGNOME:……………………….ASD/SSD: ……………………….RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): ……………………………….N° di telefono principale: ………………………………..Mail: …………………………………. Relazione con il minorenne: ……………………..…………..…………………………… |
| **Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso diverso dal segnalante)** |
| NOME e COGNOME |
| DATA DI NASCITA |
| RUOLO (atleta, altro,..) |
| ORIGINE ETNICA |
| PERSONA CON DISABILITA’(se nota) |
| SESSO |
| Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale: |
| Recapiti (genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale) Indirizzo: ………………………………..Cellulare: ……………………………...e-mail: ………………………………… |
| Il/i genitore/i o l’esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell’accaduto?□ SI □ NO |
| 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?* fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente quanto
* riferito da un’altra persona
 |
| **Se si sta segnalando quanto riferito da un’altra persona indicare:** |
| Nome e cognome della persona che ha segnalato:Ruolo/posizione nell’ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:Recapito telefonico: |
| Data, ora e luogo del/i fatto/i riportato/i: |
| Dettagli del fatto/i o dell’episodio che desta preoccupazione. (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) |

|  |
| --- |
|  |
| Fornire la testimonianza o il racconto del fatto di chi ha subito l’abuso o la molestia (se noto): |
| Fornire la testimonianza o il racconto di eventuali testimoni dell'incidente: |
| Indicare i dati del/dei testimone/i:Nome e cognome:Ruolo/posizione nell’ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abusoData di nascita:Indirizzo completo:Recapito telefonico:e-mail:Nome e cognome:Ruolo/posizione nell’ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abusoData di nascita: Indirizzo completo: Recapito telefonico:e-mail: |
| Fornire i dettagli di qualsiasi persona coinvolta nei fatti o che si ritiene abbia causato il/i fatto/i 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: Indirizzo completo: 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, etc.):

Membro della famiglia o altri (specificare):

Chi altro è a conoscenza del caso?

Agenzia, ente, organizzazione, altro:

Se “si”, indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è stata già data (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti):

È stata richiesta assistenza medica di emergenza per il minorenne?

# 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’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 Safeguarding Office all’indirizzo mail salvaguardia@csen.it.

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

Sono state coinvolte autorità giudiziarie (Si/No, specificare il perché)?

E’ stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell’invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile