



# AIKIKAI MILANO

Cod. fisc: 97745830154 - SEDE IN VIA LULLI N° 30/B - 20131 MILANO



AFFILIATA CSEN, ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL CONI

## Modulo di Segnalazione

*CONFIDENZIALE / RISERVATO*

### DATI DEL SEGNALANTE

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

ASD/SSD: \_\_\_\_\_

RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): \_\_\_\_\_

N° di telefono principale: \_\_\_\_\_

Relazione con il minorenne: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

### 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 DISABILITÀ (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  
abuso \_\_\_\_\_

Data 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 abuso \_\_\_\_\_

Data 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.):

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)

---

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

<p>Ricevuta segnalazione da (specificare dati del segnalante)</p> <hr/>
<p>Data e ora della ricezione della segnalazione</p> <hr/>
<p>1 - È un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD/SSD?</p> <p><input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO</p> <p>e specificare _____</p> <p>2 - È un caso da trattare con procedure interne?</p> <p><input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO</p> <p>e specificare _____</p> <p><i>Se si è risposto "sì" al punto 2 contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo mail <b>salvanguardia@cse.it</b></i></p>
<p>Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):</p>          
<p>Sono state coinvolte autorità giudiziarie?</p> <p><input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO</p> <p>specificare il perché _____</p>
<p>È stato richiesto un intervento medico?</p> <p><input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Data e ora dell'invio/intervento medico effettuato</p> <hr/>

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