

**Dichiarazione di accettazione (DA FAR SOTTOSCRIVERE AD OGNI TESSERATO)**

Io sottoscritto ..... tessera n. **vedi registro CSEN**

ruolo **atleta** ..... dichiaro di aver ricevuto:

- 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:

**31 agosto 2024**

**Principali Contatti del Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni (COMPILAZIONE  
A CURA DELLA ASD/SSD E CONSEGNA AL TESSERATO)**

| RESPONSABILE<br>SAFEGUARDING ASD/SSD | RECAPITO                             | DETTAGLIO   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Sig. ....<br><b>MENDOZZI Massimo</b> | Ufficio<br><br>Cellulare<br><br>Mail | .....<br><br><b>328 911 38 32</b><br>.....<br><br><b>mmronin@gmail.com</b><br>..... |

**Modulo di Segnalazione (DA CONSEGNARE A CIASCUN TESSERATO)**

**CONFIDENZIALE / RISERVATO**

|   |
|---|
| <b>DATI DEL SEGNALANTE</b>  |
| NOME: ..... COGNOME:.....<br>ASD/SSD: .....<br>RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): .....<br>N° di telefono principale: .....<br>Mail: ..... Relazione con il minorenne: .....   |
| <b>Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso diverso dal segnalante)</b>  |
| 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)<br>Indirizzo: .....<br>Cellulare: .....<br>e-mail: .....   |
| Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?<br><input type="checkbox"/> fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente quanto<br><input type="checkbox"/> riferito da un'altra persona |
| <b>Se si sta segnalando quanto riferito da un'altra persona indicare:</b>   |
| Nome e cognome della persona che ha segnalato:<br>Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:<br>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 (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):

**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? (Sì/No e specificare):

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

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

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile