

GIULIA GHIA

RESPONSABILE SAFEGUARDING DELL' ASSOCIAZIONE LE POIANE D'OLTREPO A.S.D.

safeguardingpoiane@gmail.com

MODULO DI SEGNALAZIONE RISERVATO

DATI DEL SEGNALANTE

COGNOME E NOME

TELEFONO

EMAIL

DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABIA SUBITO MOLESTIA O ABUSO

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA (se conosciuta)

PRECISARE SE SOCIO ALTRO

DATA, ORA E LUOGO DEL FATTO

.....

DESCRIZIONE DEL FATTO

.....

.....

.....

ALTRE INFORMAZIONI RILEVANTI (DATA, ORA, LUOGO DEL VERIFICARSI DEL FATTO)

.....
.....
.....

SI STA SEGNALANDO UN FATTO AL QUALE SI E' ASSISTITO DI PERSONA O DI CUI SI HA NOTIZIA SECONDO QUANTO RIFERITO DA UN'ALTRA PERSONA?

FATTO AL QUALE HO ASSISTITO PERSONALMENTE O DI CUI HO AVUTO PERCEZIONE DIRETTAMENTE

FATTO RIFERITO DA UN'ALTRA PERSONA

SE SI STA SEGNALANDO QUANTO RIFERITO DA UN'ALTRA PERSONA INDICARE

COGNOME E NOME DELLA PERSONA

INDIRIZZO, NUMERO DI TELEFONO, EMAIL

.....

TESTIMONI AL FATTO

COGNOME E NOME

INDIRIZZO, NUMERO DI TELEFONO, EMAIL

.....

ALTRE PERSONE A CONOSCENZA DEL FATTO

COGNOME E NOME

INDIRIZZO, NUMERO DI TELEFONO, EMAIL

.....

PERSONA COINVOLTA O CHE SI RITIENE ABBIA CAUSATO IL FATTO

.....

.....

.....

EVENTUALI AZIONI INTRAPRESE

.....

.....

.....

**E' STATA RICHIESTA O FORNITA ASSISTENZA MEDICA DI EMERGENZA PER IL
SEGNALATO?**

.....

.....

.....

SE LA PERSONA CHE SI RITIENE ABBIÀ SUBITO MOLESTIA O ABUSO E' MINORENNE INDICARE, SE CONOSCIUTE, LE GENERALITÀ ED IL RECAPITO DI UN GENITORE O DI UN ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

COGNOME E NOME

INDIRIZZO, NUMERO DI TELEFONO, EMAIL

.....

IL GENITORE O L'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE È STATO INFORMATO DELL'ACCADUTO?

.....

ATTUALE STATO DI SICUREZZA DEL MINORENNE (se si ritiene sicuro il luogo dove risiede il minorenne, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, ...)

.....

.....

.....

SEZIONE DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE SAFEGUARDING

SEGNALAZIONE RICEVUTA DA

.....

.....

LUOGO, DATA E ORA DELLA RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE:

.....

AZIONI INTRAPRESE

.....

.....

.....

COINVOLGIMENTO DI AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

.....

.....

INTERVENTO MEDICO

.....

.....

Firma del Responsabile Safeguarding