



**MODELLO ORGANIZZATIVO E DI CONTROLLO DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA
E CODICE ETICO E DI CONDOTTA A TUTELA DEI MINORI E PER LA PREVENZIONE
DELLE MOLESTIE, DELLA VIOLENZA DI GENERE E DI OGNI ALTRA CONDIZIONE DI
DISCRIMINAZIONE**

(APPROVATO DAL CONSIGLIO DIRETTIVO CON DELIBERA DEL 10/06/2024)

MODULO DI SEGNALAZIONE

Io sottoscritto/a _____

CF _____ Telefono _____

Mail _____

In qualità di:

- Associato
- Atleta tesserato/a
- Collaboratore Sportivo
- Dirigente
- Volontario
- Altro _____

SEGNALO AL RESPONSABILE CONTRO ABUSI, VIOLENZE, DISCRIMINAZIONI

PERSONA DA TUTELARE

Cognome / Nome _____

- Minorenne
- Maggiorennne
- Non so

In qualità di:

- Associato
- Atleta tesserato/a



Collaboratore Sportivo

Dirigente

Volontario

Altro _____

Altre informazioni, se in proprio possesso:

Attività praticata _____ Gruppo / Corso _____

Telefono _____ Mail _____

Altro _____

PERSONA DA SEGNALARE

Cognome / Nome _____

Minorenne

Maggiorennne

Non so

In qualità di:

Associato

Atleta tesserato/a

Collaboratore Sportivo

Dirigente

Volontario

Altro _____

Altre informazioni, se in proprio possesso:

Attività praticata _____ Gruppo / Corso _____

Telefono _____ Mail _____

Altro _____



La persona segnalata è di sua conoscenza?

- Sì
- No

INFORMAZIONI SUL FATTO DA SEGNALARE

Com'è venuto/a a conoscenza del fatto?

- Ho assistito direttamente
- Mi è stato riferito

Nel caso, da chi?

Cognome / Nome _____

Telefono _____ Mail _____

Altro _____

Per quanto di sua conoscenza, si è trattato di un singolo episodio?

- Sì
- No
- Non so

Quando è avvenuto il fatto?

Data _____ Periodo da _____ a _____

Dov'è avvenuto il fatto?

- In sala
 - Negli spogliatoi
 - Altro _____
-

Dettagli sul fatto

Descrizione del fatto con tutte le informazioni utili a comprendere con esattezza cosa è accaduto



Eventuali ulteriori nominativi e relativi contatti di testimoni o persone a conoscenza del fatto

Cognome / Nome _____

Telefono _____ Mail _____

Cognome / Nome _____

Telefono _____ Mail _____

Cognome / Nome _____

Telefono _____ Mail _____

Luogo e Data

Firma Leggibile

Inviare il presente modulo a safeguarding.cidaccademiadanza@gmail.com