



Associazione Sportiva Dilettantistica

## ASD LE QUERCE – Pieve D’Olmi (CR)

### Modulo di Segnalazione (riservato e confidenziale)

*Al Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni con funzioni di protezione minori ex art. 33 comma 6 del d.lgs. 36/2021*

#### 1. Informazioni del Segnalante:

- Nome e Cognome: \_\_\_\_\_
- Ruolo nella società (es. atleta, genitore, allenatore, dirigente, altro): \_\_\_\_\_
- Numero di telefono: \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. Informazioni della Persona Interessata (se diversa dal segnalante):

- Nome e Cognome: \_\_\_\_\_
- Età: \_\_\_\_\_
- Ruolo nella società (es. atleta, allenatore, altro): \_\_\_\_\_

#### 3. Dettagli dell'Evento

- Data dell'evento : \_\_\_\_\_
- Ora dell'evento: \_\_\_\_\_
- Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Descrizione dettagliata dell'evento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. Tipo di Segnalazione:

- Abuso fisico
- Abuso psicologico
- Abuso sessuale
- Violenza



Associazione Sportiva Dilettantistica

- [ ] Discriminazione (specificare tipo: \_\_\_\_\_)

- [ ] Altro (specificare: \_\_\_\_\_)

#### 5. Testimoni dell'Evento:

- Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

-Contatto (numero di telefono/email): \_\_\_\_\_

#### 6. Eventuali Azioni Già Intraprese:

- Hai già segnalato l'evento a qualcuno? [ ] Sì [ ] No

- Se sì, a chi? \_\_\_\_\_

- Azioni intraprese finora:

---

---

#### 7. Altre Informazioni Utili:

---

---

#### 8. Dichiarazioni e Consenso alla Gestione dei Dati Personali:

Consapevole della veridicità della predetta segnalazione e degli effetti in caso di eventuale falsa dichiarazione:

- Acconsento al trattamento dei miei dati personali e di quelli della persona interessata (se applicabile) ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 per le finalità connesse alla gestione della segnalazione. [ ] Sì [ ] No

- Dichiaro di avere preso visione ed accettato il Modello Organizzativo di Gestione dell'attività sportiva (MOG) e Codice di Condotta di ASD LE QUERCE

- Acconsento alla trasmissione della presente segnalazione o del suo contenuto al Safeguarding Office dell'Organismo di affiliazione di ASD LE QUERCE ed alle competenti Autorità ordinarie e sportive.

Firma del Segnalante

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Per presa visione:

Il Responsabile Safeguarding dell'ASD Le Querce

\_\_\_\_\_