



COMITATO REGIONALE ABRUZZO

SAFEGUARDING POLICY

MODULO DI SEGNALAZIONE

CONFIDENZIALE / RISERVATO

DATI DEL SEGNALANTE

Cognome _____ Nome _____

Ruolo _____

Riferimento telefonico _____ email _____

DATI PERSONA CHE SI RITIENE ABBA SUBITO ABUSO / MOLESTIA / VIOLENZA E/O DISCRIMINAZIONE (se diversa dal segnalante)

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	

Se minorenne

- indicare di seguito: cognome, nome, rif.telefonico ed email del/i genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:

- Il/i genitore/i o l'eserente/i della responsabilità genitoriale è/sono stato/i informato/i dell'accaduto?

IL FATTO

Al fatto

- si è assistito personalmente
- ha avuto percezione diretta
- è stata riferita da altra persona?

Se si sta segnalando quanto riferito da altra persona indicare:

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	



COMITATO REGIONALE ABRUZZO

Fornire eventuali riferimenti di tutte le persone coinvolte, a vario titolo, nel fatto:

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	

Ruolo nel fatto: _____

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	



COMITATO REGIONALE ABRUZZO