

YOGA OLISTICA MODENA A.S.D.

DATI DEL SEGNALANTE

NOME: COGNOME:

RUOLO (dirigente, socio, tecnico).....N° di telefono principale:

Mail: Relazione con presunta vittima:

Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso non sia il segnalante)

NOME: COGNOME:

RUOLO (dirigente, socio, tecnico).....:

Etnia: Genere:

Se si sta segnalando quanto riferito da un'altra persona indicare:

NOME: COGNOME:

RUOLO (dirigente, socio, tecnico).....:

**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):**

Indicare i dati di eventuali testimoni:

Questa sezione è da compilarsi a cura del Responsabile SafeGuarding

RICEVUTA SEGNALAZIONE DA (SPECIFICARE DATI DEL SEGNALANTE):

.....

DATA E ORA DELLA RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE:

Azioni intraprese:

Sono state coinvolte autorità giudiziarie? Si No

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Nome e Cognome del Responsabile SafeGuarding: MARIO GAIBA

Firma del Responsabile SafeGuarding

