



A.S.D. U.S. VIGHIGNOLO - VIA PACE SNC - 20019 SETTIMO MILANESE (MI) - CELL. +39 3519750967  
TELEFONO E FAX: 0246519034 - CAMPO 1 - 0318 / CAMPO 2 - 2306 / MATRICOLA FIGC 55430  
C.F. E PIVA 07058470159 - CODICE IDENTIFICATIVO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA: M5UXCRI / IBAN: IT51 L030 6909 6061 0000 0123 308  
EMAIL SEGRETERIA: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT / EMAIL ORGANIZZAZIONE PARTITE/TORNEI: USVIGHIGNOLOCALCIO@GMAIL.COM  
EMAIL CASELLA PEC: ASDUSVIGHIGNOLO@PEC.IT / CONTATTACI: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT

### Dichiarazione di accettazione

Io sottoscritto ..... tessera n. ....

dichiaro di aver preso visione dei seguenti documenti, adottati da U.S. VIGHIGNOLO S.S.D. A R.L., pubblicati sul sito internet e affissi presso la sede della stessa:

- Codice di Condotta e Regole applicabili al mio ruolo
- Policy tutela minori (se applicabile)
- Modello Organizzativo di Gestione e Controllo (MOC)
- I contatti del Delegato alla tutela dei minori e del Responsabile Safeguarding nominato dalla SSD
- Modulo per la segnalazione di abusi, violenze, discriminazioni

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



A.S.D. U.S. VIGHIGNOLO - VIA PACE SNC - 20019 SETTIMO MILANESE (MI) - CELL. +39 3519750967  
TELEFONO E FAX: 0246519034 - CAMPO 1 - 0318 / CAMPO 2 - 2306 / MATRICOLA FIGC 55430  
C.F. E PIVA 07058470159 - CODICE IDENTIFICATIVO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA: M5UXCRI / IBAN: IT51 L030 6909 6061 0000 0123 308  
EMAIL SEGRETERIA: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT / EMAIL ORGANIZZAZIONE PARTITE/TORNEI: USVIGHIGNOLOCALCIO@GMAIL.COM  
EMAIL CASELLA PEC: ASDUSVIGHIGNOLO@PEC.IT / CONTATTACI: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT

### Principali Contatti di

#### DELEGATO ALLA TUTELA DEI MINORI

#### RESPONSABILE CONTRO ABUSI, VIOLENZE E DISCRIMINAZIONI (Safeguarding officer)

RESPONSABILE SAFEGUARDING	RECAPITO
Avv. Simona Cardillo	Telefono: 02 36709728 Mail: simona.cardillo@lexant.it
<u>DELEGATO ALLA TUTELA DEI MINORI</u>	
Sig. Raffaele Bosco	Telefono: +393426137252 Mail: raffabosco@gmail.com



A.S.D. U.S. VIGHIGNOLO - VIA PACE SNC - 20019 SETTIMO MILANESE (MI) - CELL. +39 3519750967  
TELEFONO E FAX: 0246519034 - CAMPO 1 - 0318 / CAMPO 2 - 2306 / MATRICOLA FIGC 55430  
C.F. E PIVA 07058470159 - CODICE IDENTIFICATIVO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA: M5UXCRI / IBAN: IT51 L030 6909 6061 0000 0123 308  
EMAIL SEGRETERIA: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT / EMAIL ORGANIZZAZIONE PARTITE/TORNEI: USVIGHIGNOLOCALCIO@GMAIL.COM  
EMAIL CASELLA PEC: ASDUSVIGHIGNOLO@PEC.IT / CONTATTACI: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT

## MODULO DI SEGNALAZIONE

CONFIDENZIALE / RISERVATO

<b>Dati Del Segnalante</b>
NOME:..... COGNOME: .....
ASD: .....
RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): .....
N° di telefono principale: .....
Mail: .....
Relazione con il minorenne: .....
<b>Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso diverso dal segnalante)</b>
NOME e COGNOME
DATA DI NASCITA
RUOLO (atleta, altro,...)
ORIGINE ETNICA
PERSONA CON DISABILITÀ (se nota)
SESSO



A.S.D. U.S. VIGHIGNOLO - VIA PACE SNC - 20019 SETTIMO MILANESE (MI) - CELL. +39 3519750967  
TELEFONO E FAX: 0246519034 - CAMPO 1 - 0318 / CAMPO 2 - 2306 / MATRICOLA FIGC 55430  
C.F. E PIVA 07058470159 - CODICE IDENTIFICATIVO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA: M5UXCRI / IBAN: IT51 L030 6909 6061 0000 0123 308  
EMAIL SEGRETERIA: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT / EMAIL ORGANIZZAZIONE PARTITE/TORNEI: USVIGHIGNOLOCALCIO@GMAIL.COM  
EMAIL CASELLA PEC: ASDUSVIGHIGNOLO@PEC.IT / CONTATTACI: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT

**Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:**

Recapiti (genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale)

Indirizzo: .....

Cellulare: .....

e-mail: .....

Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto?

SI  NO

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

Nome e cognome della persona che ha segnalato: .....

Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: .....

Recapito telefonico: .....

Data, ora e luogo del/i fatto/i riportato/i: .....

Dettagli del fatto/i o dell'episodio che desta preoccupazione.

(includere ogni informazione rilevante, come la descrizione di eventuali infortuni occorsi e se si sta riportando questo incidente come fatto realmente avvenuto, opinione, supposizione oper sentito dire)

Fornire la testimonianza o il racconto del fatto di chi ha subito l'abuso o la molestia (senoto):

A.S.D. U.S. VIGHIGNOLO - VIA PACE SNC - 20019 SETTIMO MILANESE (MI) - CELL. +39 3519750967  
TELEFONO E FAX: 0246519034 - CAMPO 1 - 0318 / CAMPO 2 - 2306 / MATRICOLA FIGC 55430  
C.F. E PIVA 07058470159 - CODICE IDENTIFICATIVO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA: M5UXCRI / IBAN: IT51 L030 6909 6061 0000 0123 308  
EMAIL SEGRETERIA: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT / EMAIL ORGANIZZAZIONE PARTITE/TORNEI: USVIGHIGNOLOCALCIO@GMAIL.COM  
EMAIL CASELLA PEC: ASDUSVIGHIGNOLO@PEC.IT / CONTATTACI: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT

Fornire la testimonianza o il racconto di eventuali testimoni dell'incidente:

Indicare i dati del/dei testimone/i: .....

Nome e cognome: .....

Ruolo/ posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso.....

Data di nascita: .....

Indirizzo completo: .....

Recapito telefonico: .....

e-mail: .....

Indicare i dati del/dei testimone/i: .....

Nome e cognome: .....

Ruolo/ posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso.....

Data di nascita: .....

Indirizzo completo: .....

Recapito telefonico: .....

e-mail: .....

Fornire i dettagli di qualsiasi persona coinvolta nei fatti o che si ritiene abbia causato il/i fatto/i o provocato eventuali lesioni:

Nome e cognome: .....

Ruolo/ posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso.....

Data di nascita: .....

Indirizzo completo: .....

Recapito telefonico: .....

e-mail: .....

A.S.D. U.S. VIGHIGNOLO - VIA PACE SNC - 20019 SETTIMO MILANESE (MI) - CELL. +39 3519750967  
TELEFONO E FAX: 0246519034 - CAMPO 1 - 0318 / CAMPO 2 - 2306 / MATRICOLA FIGC 55430  
C.F. E PIVA 07058470159 - CODICE IDENTIFICATIVO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA: M5UXCRI / IBAN: IT51 L030 6909 6061 0000 0123 308  
EMAIL SEGRETERIA: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT / EMAIL ORGANIZZAZIONE PARTITE/TORNEI: USVIGHIGNOLOCALCIO@GMAIL.COM  
EMAIL CASELLA PEC: ASDUSVIGHIGNOLO@PEC.IT / CONTATTACI: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT

Indicare eventuali azioni finora intraprese:

Attuale sicurezza del minorenne (incluse informazioni se il luogo dove risiede sia sicuro, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, etc.):

È stata richiesta assistenza medica di emergenza per il minorenne?

Se "sì", indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è stata già data (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti):

Chi altro è a conoscenza del caso?

Agenzia, ente, organizzazione, altro:

Membro della famiglia o altri (specificare):

**Questa sezione è da compilarsi a cura del Responsabile che ha preso in carico la Segnalazione**

Ricevuta segnalazione da (specificare dati del segnalante):

.....

Data e ora della ricezione della segnalazione:

1. È un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD? (Sì/No e specificare):

A.S.D. U.S. VIGHIGNOLO - VIA PACE SNC - 20019 SETTIMO MILANESE (MI) - CELL. +39 3519750967  
TELEFONO E FAX: 0246519034 - CAMPO 1 - 0318 / CAMPO 2 - 2306 / MATRICOLA FIGC 55430  
C.F. E PIVA 07058470159 - CODICE IDENTIFICATIVO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA: M5UXCRI / IBAN: IT51 L030 6909 6061 0000 0123 308  
EMAIL SEGRETERIA: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT / EMAIL ORGANIZZAZIONE PARTITE/TORNEI: USVIGHIGNOLOCALCIO@GMAIL.COM  
EMAIL CASELLA PEC: ASDUSVIGHIGNOLO@PEC.IT / CONTATTACI: USVIGHIGNOLO1967@LIBERO.IT

2. È un caso da trattare con procedure interne (Si/No e specificare):

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

Sono state coinvolte autorità giudiziarie (Si/No, specificare il perché)?

È stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Data.....

Firma del Responsabile.....