

## **Dichiarazione di accettazione**

Io sottoscritto

tessera n.

ruolo ATLETA AGONISTA

dichiaro di aver ricevuto:

- la Policy sulla Tutela di Bambine/i e Adolescenti
- la procedura relativa alla Tutela di Bambine/i e Adolescenti
- il Codice di Condotta

Firma:

Data:

### **Principali Contatti/Riferimenti**

Si considerino i seguenti recapiti

<b>Responsabile per la tutela dei minorenni</b>					
Incaricato	Recapiti	Dettaglio	Incaricato	Recapiti	Dettaglio
Xxx	Ufficio	06....	Xxx	Ufficio	06....
	Cellulare	347...		Cellulare	347...
	Mail	xxx@CSEN.it		Mail	xxx@CSEN.it

## Modulo di Segnalazione

**CONFIDENZIALE / RISERVATO**

<b>Attività / Luogo:</b>		
<b>Nome e Cognome del minorente:</b>		
<b><u>Dettagli della segnalazione:</u></b>		
Data:	Ora:                      Luogo:	
<b><u>Dettagli di chi fa la segnalazione:</u></b>		
Nome e cognome:		
Indirizzo:		
N° di telefono principale:    N° di telefono secondario:		
Occupazione:	Relazione con il minorente:	
<b><u>Dettagli del minorente:</u></b>		
Nome e cognome:	Data	Sesso
di Nascita:		:
Residenza:		Disciplina sportiva:
ASD:		Lingua parlata:
Nazionalità:		
N° di Tessera CSEN:		

Recenti cambiamenti nei comportamenti del minorente:	Ogni altra informazione rilevante:
------------------------------------------------------	------------------------------------

Dettagli del presunto abuso: cosa, chi, dove, quando (inclusa la testimonianza dell'interessato se possibile)	Dettagli del Sospetto Abusante (se noti): Nome e Cognome: Indirizzo: Età: Data di nascita: Ruolo nell' ASD: Tipo di lavoro:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Relazione con il minorenne:	Presunta attuale pozione del sospettato:
-----------------------------	------------------------------------------

<p>È stata richiesta assistenza medica di emergenza per il minorenne?</p> <p>Se "sì", indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è stata già data (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti):</p>
<p>Chi altro è a conoscenza del caso?</p> <p>Agenzia, ente, organizzazione, altro:</p> <p>Membro della famiglia o altri (specificare):</p>
<p>Attuale sicurezza del minorenne (includere informazioni se il luogo dove risiede sia sicuro, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, etc.)</p>

<p>Azioni intraprese ad oggi (es. segnalazione alle autorità giudiziarie, ai servizi sociali, altro. Specificare luogo e giorno, tipo di azione intrapresa, i soggetti coinvolti e i loro recapiti)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Segnalazione riportata da: (se è la stessa persona che fa la segnalazione non è necessario riempire il riquadro)</p> <p>Nome:</p> <p>Ruolo e luogo:</p> <p>Data:</p> <p>Firma:</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Azioni intraprese:

Nome:        Posizione:    Luogo:

Data e ora della ricezione della segnalazione:

- E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD/SSD? (Si/No e specificare):
  - E' un caso da trattare con procedure interne (Si/No e specificare):
- Se si è risposto "si" al punto n°2, contattare immediatamente il Responsabile.

Data del contatto effettuato:

Le eventuali decisioni già intraprese dal Diretto Responsabile sono in linea con la Policy e la relativa Procedura per la Tutela di Bambine/i e Adolescenti? (fornire dettagli)

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

Sono state coinvolte autorità pubbliche per la protezione dei minorenni (Si/No, specificare il perché)? Quali altre azioni sono state fatte per assicurare la sicurezza del minorenne?

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile

## **NOMINA RESPONSABILE CONTRO ABUSI, VIOLENZE E DISCRIMINAZIONI**

Luogo e data TREZZANO SUL NAVIGLIO, 04/10/2023

Gentile sig. Davide Pietro Galofaro Nato a Milano Residente in Via Amendola, 21 Trezzano Sul Naviglio (MI) Codice fiscale GLFDDP67R25F205C

### **Oggetto: nomina a responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni**

Facendo seguito ai colloqui intercorsi, con la presente siamo lieti di confermarle, in attuazione alle attività sportiva della ASD/SSD SPORT PLUS (di seguito "Associazione o Società"), il conferimento dell'incarico a nomina a **Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni**.

1. L'incarico dovrà essere espletato secondo quanto previsto dal modello organizzativo e dal codice di condotta approvati in data \_\_\_\_\_ .
2. Il presente incarico assolve a quanto previsto dall'art. 33 del decreto legislativo n. 36/2021, così come novellato dal decreto legislativo 120/2023.
3. L'incaricato dichiara di essere a conoscenza delle responsabilità derivanti dall'assunzione del ruolo di Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni e di voler assumere tutti gli obblighi del caso, come previsto dal modello organizzativo e dal codice di condotta della ASD/SSD SPORT PLUS .
4. Con la sottoscrizione della presente Lei si impegna, tra l'altro, a mantenere la più assoluta riservatezza e a non divulgare con alcun mezzo (a titolo esemplificativo dichiarazioni, interviste giornalistiche o televisive ecc.), anche dopo la cessazione di efficacia del presente incarico, informazioni, notizie e commenti di cui Lei sia venuto a conoscenza, direttamente o indirettamente, in occasione dell'esecuzione del presente incarico.
5. Per ogni controversia relativa al presente incarico, le parti dichiarano competente il Foro di MILANO.
6. Con l'accettazione del presente incarico, Lei dichiara che opererà con diligenza e professionalità il proprio compito, rispettando le normative interne della Associazione/Società, in particolare lo Statuto, i Regolamenti, il Codice di Comportamento Sportivo del CONI e del Codice Etico del CSEN, nonché il *Regolamento Safeguarding* del CSEN e il modello organizzativo dell'ASD/SSD SPORT PLUS con obbligo di assoluta riservatezza, anche dopo la cessazione dell'incarico, circa ogni dato e notizia relativi all'attività svolta ed alle atlete/i coinvolte/i).

In attesa di ricevere la presente lettera firmata per accettazione, inviamo cordiali saluti.

Per la ASD/SSD SPORT PLUS

Luogo e Data TREZZANO SUL NAVIGLIO, 04/10/2023

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Trattamento dei dati personali: Lei dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui al D.Lgs. 196/2003, ("Codice in materia di protezione dei dati personali", di seguito "Il Codice") e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, ed esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, nonché alla loro comunicazione e trasferimento anche all'estero, secondo quanto indicato nell'informativa ricevuta.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Consapevole dell'incarico su citato, Lei dichiara di aver letto, approvato e accettato le pattuizioni contenute negli artt. 1 , 2, 3, 4, 5, 6 del presente incarico.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_