



**3. NORME SALVAGUARDIA (SAFEGUARDING):
 MODULISTICA A SERVIZIO DEI SOCI/TESSERATI della Cheng Ming
 Firenze associazione Sportiva Dilettantistica**

Allegato A al MOGC

**PRINCIPALI CONTATTI DEL RESPONSABILE CONTRO ABUSI,
 VIOLENZE E DISCRIMINAZIONI denominato ReCAViD**

(compilazione a cura della ASD; da consegnare ai tesserati e da pubblicare sul sito)

| RESPONSABILE SALVAGUARDIA ASD “ReCAViD” nomina del | RECAPITO del ReCAViD | DETTAGLIO |
|--|---|---|
| ReCAVED nome e cognome: | Cellulare per urgenze Mail esclusiva ReCAVED per segnalazioni | +39 salvaguardia@chengmingfirenze.it |

La nomina del ReCAViD avverrà da parte del Consiglio Direttivo della “CHENG MING FIRENZE Associazione Sportiva Dilettantistica” **entro il 31.12.2024**, secondo disposizioni di legge: D.LGS. 39/2001, art. 16, D.LGS. 36/2001 art. 33 e Delibera Giunta Nazionale CONI n. 255 25/07/2023 e successiva PROROGA Delibera Presidenziale CONI n. 159/89 del 28/06/24 con la quale la scadenza per la nomina del Responsabile Salvaguardia è prorogata dal 01/07/24 al 31/12/24.



Allegato B al MOGC

MODULO DI SEGNALAZIONE CONFIDENZIALE (RISERVATO al ReCAViD)

(da consegnare ai tesserati e rendere disponibile sul sito)

DATI DEL TESSERATO SEGNALANTE l'ipotetica molestia/abuso/discriminazione:

Nome ASD: **Cheng Ming Firenze Associazione Sportiva Dilettantistica**

NOME: COGNOME:

Socio

Tesserato (non socio)

Ruolo in ASD (socio, consigliere, tecnico, etc.):

Telefono: Mail:

Relazione con la persona ipoteticamente lesa (o me medesimo):

Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia/abuso/discriminazione (nel caso diverso dal segnalante)

NOME: COGNOME:

Data di nascita (se nota):

Origine etnica (se nota):

Sesso (se noto):

F

M

altro

Persona con

disabilità (se nota):

.....

Ruolo in ASD (socio, consigliere, tecnico, etc.):



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

.....

Telefono dell'esercente responsabilità genitoriale:

Mail:

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

No

Si sta segnalando un fatto

a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente

referito da un'altra persona

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 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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicare i dati del/dei testimone/i:

1. 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:

2. 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:

Indicare eventuali azioni finora intraprese:

.....
.....
.....



.....
.....

Se minorenne.

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.):

.....
.....
.....
.....

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):

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/SSD? (Si/No e specificare):

.....

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

.....

Se si è risposto "si" al punto n°2, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo mail salvaguardia@csen.it

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:

Firma del Responsabile
(ReCAViD)

.....