

# MODULO DI SEGNALAZIONE

CONFIDENZIALE / RISERVATO

## DATI DEL SEGNALANTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Riferimento telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

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

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	

Se minorenne

- indicare di seguito: cognome, nome, riferimento 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	

Data, ora, luogo e circostanza del fatto:

---

---



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	

Ruolo nel fatto: \_\_\_\_\_

Cognome		Nome	
Luogo nascita		Data nascita	
Rif. telefonico		email	

<b>LE AZIONI</b>
------------------

Indicare eventuali azioni finora intraprese:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Attuale collocazione del soggetto che ha subito il fatto e livello di sicurezza.

---

---

---

È stata richiesta assistenza medica di emergenza? \_\_\_\_\_

Riferimenti dell'operatore sanitario intervenuto

---

---

---

Firma \_\_\_\_\_