



Accademia BUSHIDO A.S.D.

Arti Psicomotorie Orientali

C.F. 92016940014

P.Iva. 92016940014

n° Registro CONI 37845

Via Silvio Pellico 12

10073 - CIRIE' (TO)

<https://www.accademiabushido.it> info.contiero@gmail.com

Oggetto : **SEGNALAZIONE**

Con la presente
io/la sottoscritto/a

contatto presso :

e-mail _____ Telefono _____

Effettuo al Responsabile degli abusi, violenze e discriminazione degli associati e/o Tesserati :

MACARIO CRUSSI ELENA

Contatto responsabile: emacario.crussi@gmail.com - 3355278570

una SEGNALAZIONE riguardante Me stesso Il/la minore Altro/a

Cognome Nome: **NOMINATIVO GENERICICO**

Luogo di nascita Prov. ()

Data di nascita :

con residenza in :

CAP : Città : ()

Contatto : -

Cittadinanza _____

Mansioni Lavoratore Studente Altro Note: _____

Attività extra Associazione _____

Centri estivi/Competizioni/altro _____

Eventuale cartella clinica allegata Si No

Il nucleo familiare è seguito da Assistente Sociale ? Si No Non so

Note relative al minore o al segnalato

DATI RELATIVI AL GENITORE / PARENTE / TUTORE dichiarato in fase di registrazione

Padre Tutore Madre Tutrice Zio Zia Altro

Cognome Nome:

Codice Fis.

con residenza in :

CAP : Città : ()

Contatto : -

Note sul Padre / madre / parente / Tutore



Accademia BUSHIDO A.S.D.

Arti Psicomotorie Orientali

C.F. 92016940014

P.Iva. 92016940014

n° Registro CONI 37845

Via Silvio Pellico 12

10073 - CIRIE' (TO)

<https://www.accademiabushido.it> info.contiero@gmail.com

DATI RELATIVI AD ALTRO SOGGETTO PARENTALE CONOSCIUTO

Padre Tutore Madre Tutrice Zio Zia Altro

Nome Cognome : _____

Luogo di nascita _____ Provincia (____)

Data di nascita : _____ Comune di residenza _____

Recapito _____ n. civico _____ Cittadinanza _____

Note su altro soggetto parentale

DATI RELATIVI AI FRATELLI-SORELLE (se conosciuti)

Nome Cognome : _____

Fratello Fratellastro

Sorella Sorellastra

Luogo di nascita _____

Data di nascita : _____ Comune di residenza _____

Recapito _____ n. civico _____ Cittadinanza _____

e-mail _____ Telefono _____

Nome Cognome : _____

Fratello Fratellastro

Sorella Sorellastra

Luogo di nascita _____

Data di nascita : _____ Comune di residenza _____

Recapito _____ n. civico _____ Cittadinanza _____

e-mail _____ Telefono _____

Nome Cognome : _____

Fratello Fratellastro

Sorella Sorellastra

Luogo di nascita _____

Data di nascita : _____ Comune di residenza _____

Recapito _____ n. civico _____ Cittadinanza _____

e-mail _____ Telefono _____

Note su fratelli / sorelle



Accademia BUSHIDO A.S.D.

Arti Psicomotorie Orientali

C.F. 92016940014

P.Iva. 92016940014

n° Registro CONI 37845

Via Silvio Pellico 12

10073 - CIRIE' (TO)

<https://www.accademiabushido.it> info.contiero@gmail.com

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE

Descrizione dell'eventuale episodio acuto o delle ragioni complessive che giustificano la segnalazione. Nella denuncia segnalazione dovrà essere riportato per iscritto quanto appreso e osservato sul minore senza interpretazione alcuna, l'operatore, nel riportare le confidenze del minore e gli elementi osservati, deve riproporre il più fedelmente possibile il dato oggettivo ed utilizzare le frasi e le parole testuali del minore senza nulla aggiungere o modificare. In situazioni drammatiche è necessario chiamare il 118.

Situazione di disagio riferita a: Interno Associazione Ambiente Familiare Ambiente scolastico Altro

Relazione in allegato Si No

Sono disponibili immagini? Si No

Se lo sono in che formato? Cartaceo in allegato Cellulare TV circuito chiuso Altro

Data stampa **18/11/2024** Data segnalazione _____

Firma del Presidente

GUGLIERMETTI EMILIO

Firma di chi raccoglie la testimonianza del minore e/o osserva un comportamento a rischio