MODULO DI SEGNALAZIONE

QUESTA SEZIONE È DA COMPILARSI A CURA DEL RESPONSABILE DIRETTO CHE HA PRESO IN CARICO LA SEGNALAZIONE

Nome:
Posizione:
Luogo:

_____

Data e ora della ricezione della segnalazione:

_____

Azioni intraprese dal Responsabile Diretto:

_____

C'è connessione tra il presunto abusante e le PGS o i suoi Partner?

_____

È un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso PGS o un Partner *(Sì/No e specificare)***:**

_____

È un caso da trattare con procedure interne *(Sì/No e specificare)***:**

_____

Le eventuali decisioni già intraprese dal Diretto Responsabile sono in linea con Policy e la relativa Procedura per la Tutela dei/delle Bambini/e e/o Adolescenti? *(fornire dettagli)*

_____

Sono state coinvolte Autorità Giudiziarie? *(Sì/No, specificare il perché)*

_____

Quali altre azioni sono state fatte per assicurare la sicurezza del minore?

_____

È stato richiesto un intervento medico?

_____

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

_____

Firma del Responsabile Diretto

_____