



Modulo di segnalazione dei casi di SAS¹

Se è stato compiuto un atto di sfruttamento sessuale o abuso sessuale (SAS) contro di te, anche nella sola forma della minaccia o tentativo, o sei stato/a testimone di un incidente reale o sospettato, puoi compilare, tutte o in parte, le domande seguenti. Verrai ricontattato/a per dare seguito alla segnalazione.

Nome della Persona segnalante:		Nazionalità:	
Indirizzo / Dettagli di contatto:			
Età:	Sesso:	ID n°:	

Nome della Vittima (se differente dalla Persona segnalante):			
Nazionalità:			
Indirizzo / Dettagli di contatto:			
Età:	Sesso:	ID n°:	
Nome indirizzo dei genitori/tutore, se minorenne:			
La Vittima ha acconsentito alla compilazione di questo modulo?		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sconosciuta	

La segnalazione riguarda un fatto visto o un sospetto?			
Data dell'episodio:	Ora dell'episodio:	Luogo dell'episodio:	
Stato fisico ed emotivo della vittima (descrivi eventuali tagli, lividi, comportamento e umore):			
Nomi e informazioni di contatto dei testimoni:			

¹ Inter-Agency Standing Committee, *Best Practice Guide Inter-Agency Community-Based Complaint Mechanisms*, 2016, Annex 4c2, available at: https://publications.iom.int/system/files/pdf/best_practice_guide_web.pdf

Breve descrizione dell'episodio (includere pagine aggiuntive se necessario):			
Nome della persona sospettata di SAS:		Qualifica della persona sospettata:	
Organizzazione per la quale la persona sospetta lavora:			
Residenza abituale della persona sospettata (se nota):			
Genere:	Età:	Sesso:	
Descrizione fisica della persona sospettata:			

La polizia è stata contattata dalla vittima?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se sì, cosa è successo?		
Se no, la vittima richiede l'intervento della polizia?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se no, perché no?		

La vittima è stata informata delle cure mediche disponibili?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se sì, la vittima ha cercato cure mediche dopo l'incidente?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Se sì, chi ha fornito il trattamento?		
Quali sono la diagnosi e la prognosi?		

Quali misure di sicurezza immediate sono state poste in essere per la vittima?		
--	--	--

Chi è responsabile per garantire la sicurezza della vittima (Nome, Titolo, Organizzazione)?	
---	--

Qualsiasi altra informazione pertinente fornita durante il colloquio (incluso il contatto con altre organizzazioni):	
--	--

Dettagli degli invii e consulenze sui bisogni sanitari, psicosociali e legali della vittima forniti dalla persona che compila la segnalazione:	
--	--

Rapporto compilato da:			
	Nome	Posizione/Organizzazione	Data/Ora/Località
La persona segnalante è stata informata delle procedure dell'Organizzazione per la gestione dei reclami contro atti di SAS?			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Firma per il consenso alla segnalazione tramite modulo da condividere con il Focal Point/Coordinatore SAS dell'identificata organizzazione dell'autore dell'illecito:			
Firma per il consenso alla condivisione dei dati con altri soggetti (selezionare quelli pertinenti):	<input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Organizzazione prestatrice di servizi _____ (nome) <input type="checkbox"/> Struttura medica _____ (nome) <input type="checkbox"/> Altro _____		

Modulo inoltrato all'organizzazione pertinente:

Modulo ricevuto da: