



Verona, li 18/09/2024

**Oggetto: Domanda di ammissione a socio – ASD  
Tutela della sicurezza dei minori**

Gentile Presidente,

dopo l'entrata in vigore della Riforma dello Sport, vi sono state numerose modifiche alla normativa in tema di ASD – Associazioni Sportive Dilettantistiche – e SSD – Società Sportive Dilettantistiche, in particolare relativamente alla tutela della sicurezza dei minori che svolgono attività sportiva.

Il D.Lgs. 39/2014 obbliga il soggetto che intende impiegare al lavoro una persona per lo svolgimento di mansioni che comportano **contatti diretti e regolari con minori** a richiedere il **certificato penale del casellario giudiziale**.

Il collaboratore delle ASD e SSD dovrà richiederlo direttamente al Tribunale su questo link: [Prenota Certificato - Casellario-Servizi-al-Cittadino \(giustizia.it\)](#) oppure avvalendosi di altri servizi online.

La sanzione in capo al legale rappresentante per l'impiego di lavoratori senza la presentazione del certificato varia da 10.000 e 15.000 euro, oltre alle sanzioni penali in caso di reato commesso dal collaboratore nello svolgimento delle proprie mansioni.

In attuazione del D. lgs n.39 del 2021 (delibera n.255 del 25 luglio 2023 della Giunta Nazionale del C.O.N.I.) si deve adottare un Modello di Regolamento per la prevenzione e il contrasto ad abusi, violenze e discriminazioni sui tesserati (esempio: [MODELLO-ORGANIZZATIVO.pdf \(federpesistica.it\)](#)<sup>1</sup>, [Microsoft Word - Fac simile MODELLO DI ORGANIZZAZIONE ASD SSD FPI.docx](#))<sup>2</sup>; l'obiettivo del presente modello è quello di promuovere una cultura e un ambiente inclusivo che assicurino la dignità e il rispetto dei diritti di tutti i tesserati, in particolare minori, e garantiscano l'uguaglianza e l'equità, nonché valorizzino le diversità, tutelando al contempo l'integrità fisica e morale di tutti i tesserati.

Inoltre è opportuno aver nominato un **Responsabile Safeguarding**, che deve essere una persona maggiorenne con suggerimento di comprovata esperienza nel settore sportivo. Deve essere rispettato il principio di autonomia ed indipendenza, ovvero dovrà essere garantita l'autonomia dell'iniziativa di controllo, da ogni forma di interferenza o condizionamento da parte di qualsiasi componente della ASD o SSD. Il responsabile designato, si impegnerà a seguire corsi di formazione specifici in materia di Safeguarding. Non deve essere stato sottoposto a sanzioni disciplinari di tipo sportivo o penale e sarà tenuto a consegnare al sodalizio sportivo il certificato del casellario giudiziale (al pari dei tecnici e di tutte le figura a contatto con i minori) aggiornato, nonché a comunicare tempestivamente ogni altra circostanza che faccia venire meno i requisiti di nomina.

Consigliamo di controllare sempre il regolamento di Safeguarding del vostro ente affiliante di riferimento.

<sup>1</sup> <https://www.federpesistica.it/wp-content/uploads/2024/04/MODELLO-ORGANIZZATIVO.pdf>

<sup>2</sup> <https://www.fpi.it/riforma-dello-sport/6847-modello-di-organizzazione-gestione-e-controllo-codice-di-condotta-d-lgs-n-39-2021-e-nomina-del-responsabile-d-lgs-nr-36-2021-adempimenti-per-le-asd-ssd/file.html>



Inviamo di seguito un fac-simile di domanda di ammissione a socio, unitamente alla dichiarazione di accettazione, da far compilare e sottoscrivere al momento del tesseramento, e che deve essere riconsegnata alla ASD per il tesseramento.

Su carta intestata dell'Associazione "ASD \_\_\_\_\_"

**DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO**

Al Sig. Presidente dell'Associazione Sportiva Dilettantistica affiliata \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Per  conto proprio (atleta) OPPURE  quale esercente la potestà genitoriale sul minore (compilare sotto)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter essere ammesso in qualità di socio all'Associazione "ASD \_\_\_\_\_". Inoltre, il sottoscritto

**DICHIARA**

- Di seguire e rispettare i dettami dello statuto e del regolamento sociale;
- Di esonerare l'Associazione "ASD \_\_\_\_\_" per eventuali danni che dovessero essere procurati a terzi o alla propria persona durante la frequenza negli ambienti sociali o durante l'utilizzo del materiale sociale.

Inoltre allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- a) Certificato medico di buona salute o certificato medico sportivo, in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, autorizza la "ASD \_\_\_\_\_" ad utilizzare i dati personali ed esprime il suo consenso al trattamento e alla comunicazione dei medesimi, con particolare riguardo a quelli definiti sensibili, nei limiti e nel rispetto della normativa vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto/del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

SI  NO

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto/del minore, sul sito web dell'associazione, sui social network, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici dello stesso e prende atto che le finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo e eventualmente promozionale.

SI  NO

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE** (da far sottoscrivere a ogni tesserato)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Tessera n. \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto:

- Il Modello Organizzativo di Gestione e Controllo ed il Codice di Condotta;
- La modulistica predisposta per la segnalazione di abusi, violenze, discriminazioni anche ai sensi del D.Lgs. 198/2006;
- I contatti del Responsabile Safeguarding nominato dalla ASD \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



Inviando di seguito un fac-simile da compilare a cura della ASD (solo la sezione “contatti del responsabile”) e da consegnare al tesserato. Tale modulo servirà all’occorrenza in caso di segnalazione di abusi.

<b>CONTATTI DEL RESPONSABILE CONTRO ABUSI, VIOLENZE E DISCRIMINAZIONI</b> (compilazione dei dati a cura della Asd/Ssd e da consegnare al tesserato)	
Responsabile Safeguarding ASD	Recapiti
Sig. _____	Cellulare _____ Mail _____

<b>MODULO DI SEGNALAZIONE</b> (da consegnare a ciascun tesserato e da utilizzare SOLO in caso di segnalazioni) CONFIDENZIALE/RISERVATO
<b>DATI DEL SEGNALANTE</b> NOME: _____ COGNOME: _____ ASD/SSD: _____ RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): _____ N° di telefono principale: _____ Mail: _____ Relazione con il minorenni: _____
<b>DATI DELLA PERSONA CHE SI RITIENE ABBIA SUBITO MOLESTIA O ABUSO</b> (nel caso diverso dal segnalante) NOME: _____ COGNOME: _____ Data di nascita: _____ RUOLO (atleta, altro): _____ Origine etnica: _____ Persona con disabilità (se nota): _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Se minorenni indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale: _____ Recapiti (genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale) Indirizzo _____ N° di telefono principale: _____ Mail: _____ Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  Si sta segnalando un fatto a cui si è assistito personalmente o di cui si ha avuto percezione diretta o quanto riferito da un'altra persona? <input type="checkbox"/> fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente <input type="checkbox"/> fatto riferito 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: _____ Nome e cognome: _____



<p>Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:</p> <p>_____</p> <p>Data di nascita: _____</p> <p>Indirizzo completo: _____</p> <p>Recapito telefonico: _____</p> <p>e-mail: _____</p> <p>Fornire i dettagli di qualsiasi persona coinvolta nei fatti o che si ritiene abbia causato il/i fatto/i o provocato eventuali lesioni:</p> <p>_____</p> <p>Nome e cognome: _____</p> <p>Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:</p> <p>_____</p> <p>Data di nascita: _____</p> <p>Indirizzo completo: _____</p> <p>Recapito telefonico: _____</p> <p>e-mail: _____</p>
<p>Indicare eventuali azioni finora intraprese:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Attuale sicurezza del minorenni (incluse informazioni se il luogo dove risiede sia sicuro, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, etc.):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>È stata richiesta assistenza medica di emergenza per il minorenni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se "si", indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è stata già data (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Chi altro è a conoscenza del caso?</p> <p>Agenzia, ente, organizzazione, altro:</p> <p>_____</p> <p>Membro della famiglia o altri (specificare): _____</p>

<p><b>SEZIONE DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE CHE HA PRESO IN CARICO LA SEGNALAZIONE:</b></p>
<p>Ricevuta segnalazione da (specificare i dati del segnalante):</p> <p>_____</p>
<p>Data e ora della ricezione della segnalazione: _____</p>
<p>È un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD/SSD?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Specificare _____</p>
<p>È un caso da trattare con procedure interne? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Specificare _____</p>
<p>Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Sono state coinvolte autorità giudiziarie? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Perché? _____</p>
<p>E' stato richiesto un intervento medico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato: _____</p>
<p>Firma del Responsabile _____</p>