

**Su información**

Nombre

Función (oficial/entrenador/padre)

Datos de contacto:

Número de teléfono móvil

Dirección de correo electrónico

PARAGUAY ATLETISMO

Club

Fecha del informe

**Información del menor o adulto al que hace referencia el hecho preocupante**

Nombre

Fecha de nacimiento

Género	<input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros
Nombre de los padres/cuidadores	<input type="text"/>
Datos de contacto:	<input type="text"/>
Número de teléfono móvil	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>
¿Se ha informado a los padres/ cuidadores sobre el incidente? Si no, ¿por qué no?	<input type="text"/>
¿Se ha acordado alguna acción con los padres/cuidadores?	<input type="text"/>
Cualquier otra información pertinente/útil sobre el menor o adulto	<input type="text"/>

Detalles del hecho preocupante	
Fecha y hora del incidente	<input type="text"/>
Nombres de otras personas implicadas y funciones que desempeñan en el mundo del atletismo	<input type="text"/>
Naturaleza del hecho preocupante (sexual/financiera/acoso/negligencia)	<input type="text"/>
Detalles del hecho preocupante/incidencia	<input type="text"/>
Detalles de cualquier acción realizada y por quién	<input type="text"/>
¿Se ha notificado el asunto a la policía o a los servicios sociales?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indique los datos de contacto	<input type="text"/>
Número de teléfono	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>

Relato con sus propias palabras  
del incidente/hecho preocupante  
proporcionado por el menor/adulto

Relatos de testigos del incidente/  
hecho preocupante

Datos de contacto del testigo:

Número de teléfono móvil

Dirección de correo electrónico

### Declaración

Firma

Nombre

Fecha

Oficial de salvaguardia Fecha