

FIȘA DE SESIZARE

A CAZULUI SUSPECT DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE ȘI TRAFIC AL COPILULUI NR. ____

NOTĂ! Rubricile din fișa de sesizare se completează în funcție de informația primară detinută de către expeditor. În cazul în care expeditorul nu deține date pentru completarea tuturor rubricelor din fișa de sesizare, acestea nu se completează.

1. EXPEDITOR	2. DATA ȘI ORA RECEPȚIONĂRII INFORMAȚIEI PRIVIND CAZUL SUSPECT
Nume, Prenume	Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____
Instituția/autoritatea:	3. DATA ȘI ORA EXPEDIERII FIȘEI DE SESIZARE
Funcția expeditorului:	Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____
Date de contact:	4. DESTINATAR
	Autoritatea tutelară locală _____
	(Adresa, datele de contact)

5. INSTITUȚIILE/AUTORITĂȚILE CARE AU FOST INFORMATE SUPLIMENTAR	
<input type="checkbox"/> Inspectoratul de poliție	ADRESA, DATELE DE CONTACT
<input type="checkbox"/> Procuratura raionului	
<input type="checkbox"/> Direcția asistență socială și protecție a familiei	
<input type="checkbox"/> Serviciul de asistență medicală de urgență	
<input type="checkbox"/> Inspectoratul de stat al muncii	

6. DATE DESPRE PERSOANA CARE A SESIZAT CAZUL	
Persoana a dorit să-și păstreze anonimatul:	<input type="checkbox"/> Da (trece la p.6.2) <input type="checkbox"/> Nu (trece la p.6.1)
6.1 Nume, Prenume	6.2 Tipul relației cu copilul:
Adresa, telefon de contact:	<input type="checkbox"/> Rudă;
	<input type="checkbox"/> Persoană terță (adult);
	<input type="checkbox"/> Persoană terță (copil);

7. DATE DESPRE SUSPECTA VICTIMĂ (se completează pentru un singur copil)		
Nume, Prenume	Sexul F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Vârsta _____ luni, ani
Adresa, telefon de contact:		
Locul aflării copilului la momentul expedierii sesizării:		

8. DATE DESPRE PĂRINȚI/ALTE PERSOANE ÎN GRIJA CĂRORA SE AFLĂ COPILUL		
<input type="checkbox"/> Mama	<input type="checkbox"/> Tata	<input type="checkbox"/> Tutore/curator
<input type="checkbox"/> Rudă (care nu este tutore/curator)	<input type="checkbox"/> Persoană terță	<input type="checkbox"/> Personalul serviciului social de plasament temporar
Nume, Prenume	Adresa, telefon de contact:	
Nume, Prenume	Adresa, telefon de contact:	

9. DATE DESPRE CAZUL SUSPECT

Data, timpul producerii cazului: Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____	Locul producerii cazului:
--	---------------------------

9.1 SCURTĂ DESCRIERE A CAZULUI:

--

9.2 INDICATORII FIZICI ȘI PSIHO-COMPORTAMENTALI CONSTATAȚI VIZUAL/SAU DECLARAȚI REFERITOR LA COPIL

<input type="checkbox"/> Fracturi <input type="checkbox"/> Arsuri <input type="checkbox"/> Tăieturi <input type="checkbox"/> Hematoame <input type="checkbox"/> Vinătăi <input type="checkbox"/> Mușcături <input type="checkbox"/> Zgîrieturi <input type="checkbox"/> Dureri de cap	<input type="checkbox"/> Leziuni ale organelor genitale/anusului <input type="checkbox"/> Sarcină <input type="checkbox"/> Boli sexual transmisibile <input type="checkbox"/> Comportament sexualizat	<input type="checkbox"/> Consum de alcool/droguri <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Expunerea premediată la infectarea cu TBC <input type="checkbox"/> Abandon școlar <input type="checkbox"/> Lipsa/insuficiența alimentației <input type="checkbox"/> Copii lăsați fără supraveghere <input type="checkbox"/> Vagabondaj <input type="checkbox"/> Cerșit <input type="checkbox"/> Exploatare prin muncă <input type="checkbox"/> Subdezvoltare fizică <input type="checkbox"/> Scabie <input type="checkbox"/> Pediculoza <input type="checkbox"/> Vestimentație necorespunzătoare anotimpului <input type="checkbox"/> Vestimentație murdară <input type="checkbox"/> Lipsa igienei corporale <input type="checkbox"/> Condiții de locuit insalubre	<input type="checkbox"/> Tendințe suicidale <input type="checkbox"/> Depresie <input type="checkbox"/> Fuga de acasă <input type="checkbox"/> Scăderea reușitei școlare <input type="checkbox"/> Frica de adulți <input type="checkbox"/> Agresivitate <input type="checkbox"/> Nervozitate <input type="checkbox"/> Alți indicatori
--	--	---	---

9.3 TIPUL CAZULUI SUSPECT

Violență <input type="checkbox"/> Fizică <input type="checkbox"/> Economică <input type="checkbox"/> Sexuală <input type="checkbox"/> Psihologică <input type="checkbox"/> Spirituală	Neglijare <input type="checkbox"/> Alimentară <input type="checkbox"/> Educațională <input type="checkbox"/> Vestimentară <input type="checkbox"/> Emoțională <input type="checkbox"/> A igienei <input type="checkbox"/> În supraveghere <input type="checkbox"/> Medicală	Exploatare <input type="checkbox"/> Exploatare prin muncă <input type="checkbox"/> Practicarea cerșitului <input type="checkbox"/> Practicarea prostituției	Trafic <input type="checkbox"/> Exploatare prin muncă <input type="checkbox"/> Exploatarea sexuală <input type="checkbox"/> Trafic de organe
---	---	---	--

10. DATE DESPRE SUSPECTUL ABUZATOR/ABUZATORI

Nume, Prenume Adresa, telefon de contact:	Relația cu suspecta victimă: <input type="checkbox"/> Părinte <input type="checkbox"/> Rudă <input type="checkbox"/> Persoană terță adultă din comunitate Personal al: <input type="checkbox"/> Instituției de învățământ <input type="checkbox"/> Serviciului social <input type="checkbox"/> Instituției medicale Copil din: <input type="checkbox"/> Comunitate <input type="checkbox"/> Serviciu social <input type="checkbox"/> Instituției de învățământ <input type="checkbox"/> Instituției medicală
Nume, Prenume Adresa, telefon de contact:	Relația cu suspecta victimă: <input type="checkbox"/> Părinte <input type="checkbox"/> Rudă <input type="checkbox"/> Persoană terță adultă din comunitate Personal al: <input type="checkbox"/> Instituției de învățământ <input type="checkbox"/> Serviciului social <input type="checkbox"/> Instituției medicale Copil din: <input type="checkbox"/> Comunitate <input type="checkbox"/> Serviciu social <input type="checkbox"/> Instituției de învățământ <input type="checkbox"/> Instituției medicală

10.1 ACCES LA COPIL ȘI NIVELUL DE RISC PENTRU VIAȚA ȘI SĂNĂTATEA COPILULUI

<input type="checkbox"/> Are acces și există risc <input type="checkbox"/> Nu are acces	<input type="checkbox"/> Are acces și există risc <input type="checkbox"/> Nu are acces
--	--

Semnătura expeditorului
--

Numele specialistului care a recepționat fișa de sesizare _____ Nr. și data înregistrării în registrul de evidență a copiilor în situație de risc Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Numărul ____ Semnătura _____
--