



MODULO SEGNALAZIONI RELATIVE AL BULLISMO

NOME E COGNOME DI CHI SEGNA CLASSE FREQUENTATA DATA	
CHI STA SEGNALANDO E'	<input type="checkbox"/> ALUNNO/A <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> COLLABORATORE SCOLASTICO <input type="checkbox"/> COLLABORATORE AMMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> GENITORE <input type="checkbox"/> ALTRO _____
DOVE SI E' VERIFICATO L'EPISODIO SEGNALATO	<input type="checkbox"/> IN CLASSE <input type="checkbox"/> IN CORRIDOIO <input type="checkbox"/> IN BAGNO <input type="checkbox"/> NELLO SPOGLIATOIO DELLA PALESTRA <input type="checkbox"/> IN MENSA <input type="checkbox"/> IN LABORATORIO <input type="checkbox"/> NELLE VICINANZE DELLA SCUOLA <input type="checkbox"/> ALTRO _____
E QUANDO?	<input type="checkbox"/> DURANTE LE LEZIONI <input type="checkbox"/> AL CAMBIO DELL'ORA <input type="checkbox"/> DURANTE LA RICREAZIONE <input type="checkbox"/> NEL TRAGITTO CASA/SCUOLA <input type="checkbox"/> A PRANZO <input type="checkbox"/> ALTRO _____
COME?	<input type="checkbox"/> L'HO VISTO ACCADERE <input type="checkbox"/> NE SONO VENUTO A CONOSCENZA _____
BREVE DESCRIZIONE (descrivere brevemente il fatto)	
CHI ERA COINVOLTO? (NOME, COGNOME E CLASSE)	
QUANTE VOLTE E' SUCCESSO	<input type="checkbox"/> UNA SOLA VOLTA <input type="checkbox"/> CAPITA SPESSO
Data e firma	