

Istituto Comprensivo “Leonardo Da Vinci” - Decimomannu
SEGNALAZIONE DI PRESUNTO BULLISMO O CYBERBULLISMO

Nome di chi compila*: _____: Data*: _____

(si garantisce la riservatezza di chi fa la segnalazione, entro i limiti previsti dalla legge)

Chi segnala il caso di bullismo/cyberbullismo è:

- La vittima
- Un compagno della vittima; nome _____
- Madre/padre/ tutore della vittima; nome _____
- Insegnante; nome _____
- Personale ATA; nome _____
- Altri; nome _____

Nome della vittima _____ classe _____ scuola _____

Altre vittime _____ classe _____ scuola _____

Bullo/a o bulli/e (o presunti tali)

Nome _____ classe o scuola _____

Nome _____ classe o scuola _____

Altra/e persona/e coinvolta/e: _____

Breve descrizione del fatto presentato (se si tratta di episodi ripetuti, indicarne il numero)*

Nota: nel caso in cui il segnalatore non fosse in possesso di tutti i dati richiesti, può lasciare lo spazio bianco e descrivere solo l'episodio oggetto della segnalazione.

N.B.: L'asterisco indica i campi obbligatori.