|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA DELLA SEGNALAZIONE |  | |
| NOME E COGNOME DI CHI FA LA SEGNALAZIONE | campo obbligatorio | |
| RUOLO |  | L’alunno che ha subito |
|  | Un amico/a della vittima |
|  | Un testimone |
|  | Un genitore |
|  | Un insegnante |
|  | Referente Antibullismo |
|  | Altro: |

|  |
| --- |
| Chi è l’aggressore/chi sono gli aggressori e quale/i classe/i frequenta/frequentano: |
| Erano presenti altre persone? Se sì, riporta i loro nomi e la classe frequentata se conosciuta |
| Descrivi brevemente il problema dando esempi concreti di quello che è successo, quando e dove |