



Ministero dell'Istruzione e del Merito



ISTITUTO COMPRESIVO DI CAPIAGO INTIMIANO

Via Serenza, 10/A – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO

tel. 031 461447 - CF 80013500139

coic811002@istruzione.it

coic811002@pec.istruzione.it

<https://lnx.icsci.edu.it>

Allegato 1 b

SCHEDA DI PRIMA SEGNALAZIONE ADULTI DI EPISODI DI CYBERBULLISMO

Nome e cognome di chi compila la segnalazione

Scuola e classe

Data

1. La persona che ha segnalato il caso di presunto bullismo era

- La vittima
- Un compagno della vittima, nome
- Madre/ Padre/Tutore della vittima, nome
- Insegnante, nome
- Altri:

2. Vittima classe

Altre vittime classe

Altre vittime classe

3. Presunti responsabili

Nome Classe

Nome Classe

Nome classe

4. Descrizione dell'Episodio

• Data e Ora dell'Episodio: alle ore

• Piattaforma o Strumento Utilizzato:

Social Network (specificare):

App di messaggistica (specificare):

Email

Altro:

Descrizione Dettagliata dell'Episodio:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Frequenza dell'Episodio

Singolo episodio

Episodi ripetuti (specificare frequenza):

.....



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO

Via Serenza, 10/A – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO
tel. 031 461447 - CF 80013500139

coic811002@istruzione.it

coic811002@pec.istruzione.it

<https://lnx.icsci.edu.it>

6. Altri coinvolti o testimoni

- Sì
- No

Se sì, specificare:

8. Azioni già intraprese:

- Nessuna
- Comunicazione con la vittima
- Comunicazione con il presunto responsabile
- Informazione al docente/referente
- Altro (specificare):

9. Richiesta di intervento

- Sì
- No

Se sì, specificare il tipo di intervento richiesto:

Data

Firma del Segnalante

Nota: La presente scheda sarà trattata nel rispetto della normativa sulla privacy (Regolamento UE 679/2016 - GDPR).