Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "Silvio Pellico"
Piazza Europa, 9 – 20004 Arluno (Mi) - Tel.029017001 - 0290376529
Cod. Mecc. MIIC860003 - Cod. Fiscale 93527540152 - SITO WEB: www.icspellico.edu.it
e-mail: MIIC860003@istruzione.it ; PEC: miic860003@pec.istruzione.it

ALLEGATO 1*bis*

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DA COMPILARE E INVIARE AL REFERENTE BULLISMO / CYBERBULLISMO (sportello.bullismo@icspellico.edu.it)

da parte del GENITORE / TUTORE di possibili episodio di bullismo o cyberbullismo
(ai sensi della L. 71/2017 e L. 70/2024)

DATI DEL GENITORE / TUTORE

Nome e Cognome: _____

In qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Affidatario

Telefono: _____

E-mail: _____

DATI DELL'ALUNNO/A

Nome e Cognome: _____

Classe/Sezione: _____

Plesso scolastico: _____

TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONE

Il/la sottoscritto/a segnala un **possibile** episodio di:

☐ Bullismo
☐ Cyberbullismo
☐ Entrambi
☐ Non sono sicuro/a, ma chiedo un approfondimento

DESCRIZIONE DEI FATTI

(descrivere quanto riferito dall'alunno o osservato dal genitore; indicare se i fatti sono avvenuti a scuola, online o in contesti collegati alla vita scolastica)

Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "Silvio Pellico"
Piazza Europa, 9 – 20004 Arluno (Mi) - Tel.029017001 - 0290376529
Cod. Mecc. MIIC860003 - Cod. Fiscale 93527540152 - SITO WEB: www.icspellico.edu.it
e-mail: MIIC860003@istruzione.it ; PEC: miic860003@pec.istruzione.it

SOGGETTI COINVOLTI (se noti)

Presunti autori:

☐ Non noti

☐ Noti (specificare, se possibile): _____

Presenza di testimoni / altri alunni:

☐ Sì ☐ No ☐ Non so

EFFETTI OSSERVATI SULL'ALUNNO/A

☐ Cambiamenti di umore
☐ Rifiuto di andare a scuola
☐ Ansia / paura
☐ Isolamento
☐ Calo del rendimento scolastico
☐ Disturbi del sonno o somatici
☐ Altro _____

EVENTUALI PROVE O DOCUMENTI ALLEGATI

☐ Messaggi / chat
☐ Screenshot
☐ Immagini / video
☐ Altro _____

(Gli eventuali allegati verranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy)

RICHIESTA ALLA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a chiede:

☐ Ascolto e presa in carico della segnalazione
☐ Attivazione delle procedure previste dal Protocollo
☐ Colloquio con referente / psicologo scolastico
☐ Monitoraggio della situazione

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a dichiara che quanto riportato corrisponde a quanto a propria conoscenza e **chiede che la segnalazione venga valutata con la dovuta attenzione e riservatezza**, nel superiore interesse del minore.

Luogo e data: _____

Firma del genitore / tutore