

**Oggetto:** SEGNALAZIONE di evento o situazione di RISCHIO a Forze di Polizia / Autorità Giudiziaria

**Indirizzo: L.go G.C. Capaccio CAMPAGNA (SA)**

**Recapito telefonico: 0828 46002**

**Dirigente Scolastico**: **Gianpiero Cerone**

**Referente TEAM antibullismo: Prof.ssa Mina Magliano**

**DESCRIZIONE DEL FATTO O SITUAZIONE DI RISCHIO**

*(modalità, luogo, data, testimoni con nome e cognome)*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**PERSONE indicate quali AUTORI del fatto o situazione di rischio**

*(con indicazione delle generalità e di ogni elemento utile alla loro identificazione, ad esempio: parente, amico, vicino di casa, conoscente…)*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**ALLEGATI**

*(relazioni, segnalazioni pregresse, elaborati dello studente riconducibili alla vicenda, comunicazioni scuola/famiglia, eventuali certificati medici e quanto altro utile alla ricostruzione dei fatti)*

LUOGO DATA FIRMA

**Il Dirigente Scolastico**

**Prof. Gianpiero Cerone**