**Relazione descrittiva del progetto Azione 3 Bullismo/Cyberbullismo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Intestazione scolastica del primo ciclo: sede di autonomia - ente gestore per le paritarie** |  | **Titolo del progetto presentato** |  |

|  |
| --- |
| **ATTIVITÀ CON GLI STUDENTI VOLTE A PREVENIRE E CONTRASTARE IL FENOMENO DEL BULLISMO/CYBERBULLISMO Indicare gli elementi caratteristici del progetto sulla base della classe di valutazione del bando “b2) Caratteristiche della proposta progettuale – innovazione”**  **Dettagliare in particolare le modalità di attuazione rispetto ai seguenti punti:**  **B2/1 protagonismo attivo studenti**  **B2/2 promozione e sostegno alla capacità di riflettere sui propri stati emotivi e sulle relazioni con gli altri**  **B2/3 valorizzare il benessere tra pari e contrastare gli stereotipi discriminatori,**  **B2/4 individuazione di un modello operativo per gestire i casi all’interno della scuola**  **B2/5 eventuali percorsi alternativi alle sanzioni disciplinari** |
|  |

|  |
| --- |
| **OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO** |
|  |

|  |
| --- |
| **INTEGRAZIONE DEGLI STUDENTI BES**  **(Specificare gli aspetti del percorso progettuale relativi all’integrazione)** |
|  |

|  |
| --- |
| **PRESENZA DI SISTEMI DI SUPERVISIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PROGETTO**  **(Specificare gli strumenti e la metodologia di valutazione dell’attività)** |
|  |

**CONDIVISIONE DEL PROGETTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROGETTUALITÀ DI RETE** | |
| **❐Sì** | **❐No** |

**Se “Sì” allegare l’atto nella domanda costitutivo della rete sottoscritto dai dirigenti scolastici.**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTENARIATO CON ALTRI ENTI** | |
| **❐Sì** | **❐No** |

**Se “Sì” specificare quali nella casella sottostante e allegare nella domanda una dichiarazione attestante l’intento di partecipazione.**

|  |
| --- |
| **PERSONALE DOCENTE COINVOLTO NELL’ATTUAZIONE**  **(Nel caso delle reti di scuole, inserire la SOMMA dei DATI relativi alle scuole partecipanti)** |
| **N° SU N° COMPLESSIVI** |

|  |
| --- |
| **STUDENTI COINVOLTI**  **(Nel caso delle reti di scuole, inserire la SOMMA dei DATI relativi alle scuole partecipanti)** |
| **N° SU N° COMPLESSIVI** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO DI CLASSI COINVOLTE SCUOLA PRIMARIA**  **(Nel caso delle reti di scuole, inserire la SOMMA dei DATI relativi alle scuole partecipanti)** | | | | |
| **Classi prime** | **Classi seconde** | **Classi terze** | **Classi quarte** | **Classi quinte** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO DI CLASSI COINVOLTE SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO**  **(Nel caso delle reti di scuole, inserire la SOMMA dei DATI relativi alle scuole partecipanti)** | | | | |
| **Classi prime** | **Classi seconde** | **Classi terze** |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SPORTELLO DI ASCOLTO “SUPPORTO PSICOLOGICO” DELLA SCUOLA** | |
| **Presenza dello sportello nella scuola** | |
| **❐Sì** | **❐No** |
| **Coinvolgimento dello sportello nel progetto** | |
| **❐Sì** | **❐No** |
| **Specificare, se presenti, le modalità di coinvolgimento** | |
|  | |

|  |
| --- |
| **RISORSE PROFESSIONALI ESTERNE**  **(Se coinvolte nel progetto, specificare il numero stimato e la modalità di coinvolgimento prevista)** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO ORE COMPLESSIVE PER LA REALIZZAZIONE (Specificare se per classe, per studenti o per gruppo di studenti. Nel caso delle reti di scuole, inserire la SOMMA dei DATI delle scuole partecipanti)** | |
| **ORE CURRICOLARI PREVISTE** | |
|  | **Per classe/studenti/gruppo studenti** |
| **ORE EXTRACURRICOLARI PREVISTE** | |
|  | **Per classe/studenti/gruppo studenti** |

**Eventuali note aggiuntive sulla divisione delle ore:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **IL PROGETTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO DEI NUCLEI FAMILIARI DEGLI STUDENTI**  **❐ SI ❐ NO** |
| **SE “SI” INDICARE LA STIMA DEI NUCLEI FAMILIARI COINVOLTI**  **(specificare anche la modalità di coinvolgimento)** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESENZA DI UN COFINANZIAMENTO (riportare l’importo nell’allegato C)** | |
| **❐Sì** | **❐No** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMPI E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**  **(Indicare la cronologia delle attività previste dal progetto riferite all’a.s. 2023/2024)** | |
| **CRONOPROGRAMMA ATTIVITÀ PROGETTUALI** | |
| *Settembre 2023* |  |
| *Ottobre 2023* |  |
| *Novembre 2023* |  |
| *Dicembre 2023* |  |
| *Gennaio 2024* |  |
| *Febbraio 2024* |  |
| *Marzo 2024* |  |
| *Aprile 2024* |  |
| *Maggio 2024* |  |
| *Giugno 2024* |  |

|  |
| --- |
| **RELAZIONE DI PROGETTO E PROGRAMMA DETTAGLIATO DELLE ATTIVITÀ** |
|  |

Il rappresentante legale

firma digitale

**Si ricorda che dopo la compilazione, il file dovrà essere trasformato in pdf e firmato digitalmente**