

PROVA N° \_\_\_\_\_ EFFETTUATA IL GIORNO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
ISTITUZIONE SCOLASTICA: \_\_\_\_\_  
SCUOLA: \_\_\_\_\_  
EDIFICIO DI VIA \_\_\_\_\_  
TIPOLOGIA SCOLASTICA: \_\_\_\_\_  
COMUNE DI \_\_\_\_\_  
CIRCOSCRIZIONE N: \_\_\_\_\_ (solo le scuole di Palermo)  
ASL N. \_\_\_\_\_  
LOCALI N. \_\_\_\_\_ DI CUI UFFICI N. \_\_\_\_\_  
CLASSI N. \_\_\_\_\_  
STUDENTI PRESENTI N. \_\_\_\_\_  
DI CUI DISABILI PRESENTI N. \_\_\_\_\_  
INSEGNANTI PRESENTI N. \_\_\_\_\_  
ALTRE PERSONE PRESENTI N. \_\_\_\_\_  
USCITE UTILIZZATE ESCLUSIVAMENTE DALLA SCUOLA N. \_\_\_\_\_  
USCITE CONDIVISE CON ALTRI ENTI N. \_\_\_\_\_  
PUNTI DI RACCOLTA SITUATI IN AREA DI PERTINENZA DELLA SCUOLA  
(Specificare dove) N. \_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
PUNTI DI RACCOLTA SU SUOLO PUBBLICO N. \_\_\_\_\_  
LE RICHIESTE DI INTERVENTO SIMULATE DURANTE LE PROVE SONO STATE  
RIVOLTE A \_\_\_\_\_  
SONO STATI INTERPELLATI E SONO ATTIVAMENTE INTERVENUTI (SPECIFICARE  
GLI ENTI) \_\_\_\_\_  
PERSONE EVACUATE N. \_\_\_\_\_  
TEMPO IMPIEGATO PER RAGGIUNGERE IL PUNTO DI RACCOLTA \_\_\_\_\_  
EMERGENZA IPOTIZZATA \_\_\_\_\_  
COORDINATORE DEGLI INTERVENTI E' STATO NOMINATO: \_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI** (difficoltà riscontrate, carenze strutturali, carenze comportamentali, assistenza ai disabili, validità punto di riunione a cielo aperto , eventuale intralcio con passanti\autovetture)  
Allegare eventuale relazione se riscontrate criticità.

**DATA**

**FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**