

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