MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

RICHIESTA DI INCONTRO DIDATTICO PREVENTIVO

Prevenzione e sensibilizzazione in tema di sostanze stupefacenti

DESTINATARIO

Spett.le Direzione Centrale per i Servizi Antidroga · c.a. Direttore Centrale
Via Torre di Mezzavia, 9/121 – 00173 Roma
E-mail: direzione.antidroga@interforze.interno.it **PEC:** dipps016.0000@pecps.interno.it

1 DATI DEL RICHIEDENTE E DELL'ISTITUTO

DIRIGENTE SCOLASTICO (NOME E COGNOME)	**TELEFONO / CELLULARE**
ISTITUTO SCOLASTICO	**SEDE (CITTÀ / PROV.)**
E-MAIL ISTITUZIONALE	**PEC DELL'ISTITUTO**

C H I E D E

che sia esaminata la possibilità di realizzare un incontro didattico preventivo a cura del personale di codesta Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, selezionando le attività di interesse:

2 ATTIVITÀ RICHIESTE (selezionare una o più opzioni)

☐ **Dimostrazione dell'Unità Cinofila**
DURATA ca. 30 MIN | TARGET: AMPIA PLATEA, STUDENTI DI TUTTE LE ETÀ
Dimostrazione pratica all'aperto (cortile o palestra): tecniche di ricerca delle sostanze, rapporto tra conduttore e cane, domande e interazione con gli studenti.

☐ **Lezione frontale multimediale**
DURATA ca. 1 H 30 MIN | TARGET: AMPIA PLATEA, ETÀ CONSIGLIATA 12–16 ANNI
Proiezione di slides sulle conseguenze legali, sociali e sanitarie derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti, comprese le nuove sostanze psicoattive (NPS).

☐ **Laboratorio di counseling espressivo**
DURATA ca. 1 ORA | TARGET: SINGOLE CLASSI
Sviluppo delle capacità critiche riguardo all'uso di sostanze stupefacenti, con il coinvolgimento attivo dei ragazzi.

3 SCHEDA INFORMATIVA E LOGISTICA DELLA SCUOLA

REFERENTE PER L'INCONTRO (NOME E COGNOME)	TELEFONO / CELLULARE	E-MAIL

CLASSI COINVOLTE E NUMERO DI STUDENTI - *es. 1A (32), 1B (25)*	TOTALE STUDENTI

CLASSI O SITUAZIONI PARTICOLARI ☐ SÌ ☐ NO	SE SÌ, SPECIFICARE – *es. bisogni speciali, dinamiche di gruppo*

SPAZI E DOTAZIONI DISPONIBILI	DISPONIBILE?
Spazio ampio per l'Unità Cinofila *(cortile / palestra)*	☐ SÌ ☐ NO
Aula con monitor o videoproiettore e collegamento PC *(HDMI / VGA)*	☐ SÌ ☐ NO
Spazio con sedie disposte in cerchio per il counseling *(es. biblioteca, aula magna)*	☐ SÌ ☐ NO

4 ORARIO SCOLASTICO SETTIMANALE E RICREAZIONI

Indicare, per ciascun giorno da lunedì a venerdì, l'orario di inizio e fine delle lezioni e quello delle ricreazioni (es. 10:00 – 10:10). Lasciare vuote le celle dei giorni senza lezione o senza ricreazione.

ORARIO	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
Inizio lezioni	__:__	__:__	__:__	__:__	__:__
Fine lezioni	__:__	__:__	__:__	__:__	__:__
Ricreazione 1	__:__ – __:__	__:__ – __:__	__:__ – __:__	__:__ – __:__	__:__ – __:__
Ricreazione 2 (se presente)	__:__ – __:__	__:__ – __:__	__:__ – __:__	__:__ – __:__	__:__ – __:__

5 NOTE, DICHIARAZIONE E FIRMA

ALTRE INFORMAZIONI O NOTE UTILI

☐ **Garanzia di vigilanza:** si garantisce la presenza di almeno un docente durante tutto il tempo dell'intervento, con funzioni di responsabilità e vigilanza sugli studenti.

LUOGO E DATA	IL DIRIGENTE SCOLASTICO *(firma e timbro dell'Istituto / firma digitale)*