

**PROGRAMMA "SCUOLE LIBERE DAL FUMO"**
**QUESTIONARIO PER GLI STUDENTI**

Scuola.....	Classe .....
Città .....	
Anno di nascita.....	Sesso M • F •

Quante volte (se lo hai fatto) hai fumato sigarette?

		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o più
<b>A</b>	Nella tua vita							
<b>B</b>	Negli ultimi 12 mesi							
<b>C</b>	Negli ultimi 30 giorni							

Se fumi tutti i giorni, quante sigarette fumi in media al giorno?  
 meno di 5 • 5-10 • più di 10 •

Dove fumi? A casa • fuori casa • a scuola •

Quando hai cominciato a sperimentare la sigaretta che età avevi?.....

Ha mai utilizzato la sigaretta elettronica? Si • No •

Sei sottoposto a fumo passivo? Si • No •

Se sì dove? In casa • fuori casa • a scuola •

Sei interessato a ricevere informazioni sul fumo di sigarette?

Si • No •

Ritieni giusto far rispettare il divieto di fumo a scuola? Si • No •

La cartellonistica antifumo presente nella tua scuola è utile per far rispettare il divieto?

Si • perchè

No • perchè

Nella tua scuola c'è un regolamento per l'applicazione del divieto di fumo? Si • No •

A chi è affidato il compito di controllare?

Dirigente scolastico • insegnanti •  
personale non docente • nessuno •

Sono previste sanzioni? Si • No •

La tua scuola dà sufficiente spazio alla promozione della salute?  
Si • Non lo so • No •

Come giudichi la qualità delle attività di prevenzione e promozione della salute che vengono realizzate?

Insufficiente •  
Sufficiente •  
Buona •  
Ottima •

**Grazie per la collaborazione**