

## Life Skills Training Program Lombardia 2025-2026

### Scuolasecondaria di primo grado

#### SCHEDA DI ADESIONE AL PROGETTO

Da inviare entro il **15-07-2025** ai seguenti indirizzi e-mail:

[promozione.dips@ats-bg.it](mailto:promozione.dips@ats-bg.it)

e pc [uff.promozionesalute@istruzione.it](mailto:uff.promozionesalute@istruzione.it)

LA SCUOLA \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

#### ADERISCE AL PROGETTO LSTP LOMBARDIA PER L'A.S. – 2025/2026

Nome, cognome e indirizzo E-mail del Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Firma del dirigente e Timbro della Scuola

#### ULTERIORI INFORMAZIONI RICHIESTE:

**a) nominativo e recapito del Dirigente scolastico o di una/un sua/o Delegata/o coordinatore degli aspetti organizzativi**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

**b) dimensioni della scuola (I.C. o paritaria) – SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Numero insegnanti \_\_\_\_\_ Numero complessivo studenti \_\_\_\_\_ Numero classi prime \_\_\_\_\_

Numero e comuni eventuali plessi scolastici \_\_\_\_\_

**c) dati relativi agli Insegnanti e alle classi che parteciperanno al progetto:**

#### Insegnanti:

Numero insegnanti che parteciperanno alla formazione: \_\_\_\_\_

Numero complessivo insegnanti coinvolti attivamente nel programma \_\_\_\_\_

#### Classi:

Numero, sezioni e plessi delle classi prime che parteciperanno al progetto: \_\_\_\_\_

Classi Seconde (numero, sezioni e plessi) : \_\_\_\_\_

Classi Terze (numero, sezioni e plessi): \_\_\_\_\_

Vi chiediamo di indicare una data per effettuare l'incontro di accompagnamento con tutti i docenti formati nel mese di gennaio/febbraio/marzo, in modo che venga inserita nel calendario di programmazione del vostro istituto: \_\_\_\_\_

Note per la compilazione:

- Si prega di compilare ogni parte

- Compilare ed inviare congiuntamente la scheda excel con i dati degli insegnanti