



**Programma Regionale**  
**“LIFE SKILLS TRAINING LOMBARDIA” - Scuola secondaria di primo grado**  
**MODULO DI ADESIONE 2026/2027**  
 (da trasmettere via e-mail compilato e firmato dal Dirigente Scolastico)

| MITTENTE                                                 | DESTINATARIO                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ISTITUTO:<br>TELEFONO:<br>E-MAIL:<br>COMUNE E PROVINCIA: | SSD Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio Comportamentali<br><br><u><a href="mailto:promozione.salute@ats-valpadana.it">promozione.salute@ats-valpadana.it</a></u> |

**ADERISCE AL PROGRAMMA TRIENNALE “LIFESKILLS TRAINING LOMBARDIA – SCUOLA SECONDARIA I GRADO”**  
 Firma del Dirigente Scolastico e Timbro della Scuola o Firma Digitale

**DENOMINAZIONE PLESSO:****NOME E COGNOME DEL REFERENTE:**

@:

TELEFONO:

**LIVELLO** (indicare per lo specifico plesso tutti i livelli in cui si intende formare docenti/implementare il programma):      1      2      3**NUMERO INSEGNANTI CHE INTENDONO PARTECIPARE ALLA FORMAZIONE:**

LIVELLO 1:      LIVELLO 2/3 (formazione unica):

**N. INSEGNANTI GIA' FORMATI NEGLI ANNI PRECEDENTI E CHE INTENDONO IMPLEMENTARE IL PROGRAMMA:**

LIVELLO 1:      LIVELLO 2:      LIVELLO 3:

**CLASSI COINVOLTE NELL'IMPLEMENTAZIONE** indicare per ogni livello numero, sezione e studenti (es: 1A – 20; 2A – 20; 3A – 20):**DENOMINAZIONE PLESSO:****NOME E COGNOME DEL REFERENTE:**

@:

TELEFONO:

**LIVELLO** (indicare per lo specifico plesso tutti i livelli in cui si intende formare docenti/implementare il programma):      1      2      3**NUMERO INSEGNANTI CHE INTENDONO PARTECIPARE ALLA FORMAZIONE:**

LIVELLO 1:      LIVELLO 2/3 (formazione unica):

**N. INSEGNANTI GIA' FORMATI NEGLI ANNI PRECEDENTI E CHE INTENDONO IMPLEMENTARE IL PROGRAMMA:**

LIVELLO 1:      LIVELLO 2:      LIVELLO 3:

**CLASSI COINVOLTE NELL'IMPLEMENTAZIONE** indicare per ogni livello numero, sezione e studenti (es: 1A – 20; 2A – 20; 3A – 20):**DENOMINAZIONE PLESSO:****NOME E COGNOME DEL REFERENTE:**

@:

TELEFONO:

**LIVELLO** (indicare per lo specifico plesso tutti i livelli in cui si intende formare docenti/implementare il programma):      1      2      3**NUMERO INSEGNANTI CHE INTENDONO PARTECIPARE ALLA FORMAZIONE:**

LIVELLO 1:      LIVELLO 2/3 (formazione unica):

**N. INSEGNANTI GIA' FORMATI NEGLI ANNI PRECEDENTI E CHE INTENDONO IMPLEMENTARE IL PROGRAMMA:**

LIVELLO 1:      LIVELLO 2:      LIVELLO 3:

**CLASSI COINVOLTE NELL'IMPLEMENTAZIONE** indicare per ogni livello numero, sezione e studenti (es: 1A – 20; 2A – 20; 3A – 20):**NOTE:**