RegioneLombardia

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico per la Lombardia

M.I.U.R.
U.S.R. per la Lombardia
Ufficio X
Ambito Territoriale di Bergamo

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Bergamo
ASST Papa Giovanni XXIII
ASST Bergamo Est
ASST Bergamo Ovest

LifeSkills Training Program Lombardia

SCHEDA DI ADESIONE AL PROGETTO

Da inviare entro il **31-07-2018** ai seguenti indirizzi e-mail:
promozione.dips@ats-bg.it

e pc barbara_lamera@asst-bgovest.it - giannellini@istruzione.bergamo.it

LA SCUOLA_____

Comune_____( ) Indirizzo _____

ADERISCE AL PROGETTO LST LOMBARDIA PER L'A.S.– 2018/'19

Firma del Dirigente Scolastico e

Timbro della Scuola _____

ULTERIORI INFORMAZIONI RICHIESTE:

(si prega gentilmente di compilare la scheda in ogni sua parte)

a) nominativo e recapiti del Dirigente scolastico o di un/a suo/a Delegato/a da contattare per tutti gli aspetti organizzativi

Nome e Cognome _____**Tel** _____
E-mail _____ _____ Cell _____

b) dimensioni della Scuola
Numero di insegnanti della scuola _____ Numero classi prime della scuola _____

c) dati relativi agli Insegnanti e alle classi che parteciperanno al progetto:
(NB: I DATI DEL PUNTO C) POTRANNO ESSERE INDICATI/INTEGRATI ENTRO SETTEMBRE 2018)

Insegnanti:
Numero di insegnanti che parteciperanno alla formazione: _____

Classi:
Numero classi prime che parteciperanno al progetto: _____

Elenco completo delle classi prime che parteciperanno al progetto: _____

_____

Elenco completo delle classi complessivamente coinvolte nel progetto (livell1 1 – 2 – 3):

_____
_____
_____

ELENCO DEI DOCENTI CHE PARTECIPERANNO ALLE FORMAZIONI PER I TRE LIVELLI

LIFE SKILLS 1°LIVELLO – CLASSI PRIME				
INSEGNANTI NUOVI – FORMAZIONE 2 giorni				
Cognome e Nome	**Materia insegnata**	**Classe/i**	**Telefono**	**e.mail**

LIFE SKILLS 2°LIVELLO – CLASSI SECONDE				
INSEGNANTI ESPERTI – FORMAZIONE 1 giorno				
Cognome e Nome	**Materia insegnata**	**Classe/i**	**Telefono**	**e.mail**

LIFE SKILLS 3°LIVELLO – CLASSI TERZE				
INSEGNANTI ESPERTI– FORMAZIONE 1 giorno				
Cognome e Nome	**Materia insegnata**	**Classe/i**	**telefono**	**e.mail**