



**PROGETTO LIFESKILLS TRAINING LOMBARDIA
MODULO PER L'ANNO SCOLASTICO 2017-2018**

**(da spedire via e-mail entro il 30.06.2017
debitamente compilato e firmato dal Dirigente Scolastico)**

MITTENTE	DESTINATARIO
Scuola _____ Tel: _____ Fax: _____ EMail: _____	educazioneallasalute@ats-brescia.it Fax: 030 3838061

<p>LA SCUOLA _____</p> <p>Comune _____ () Indirizzo _____</p> <p align="center">ADERISCE AL PROGETTO TRIENNALE LST LOMBARDIA PER L'A.S. 2017/18</p> <p align="center">Firma del Dirigente Scolastico e Timbro della Scuola</p> <p align="center">_____</p>

<p>α) nominativo e recapiti del docente referente di progetto per l'Istituto (nel caso di più plessi coinvolti segnalare cortesemente un referente per plesso):</p> <p>Plesso _____ Nome e Cognome _____</p> <p>E-mail _____ tel /cell _____</p> <p>Plesso _____ Nome e Cognome _____</p> <p>E-mail _____ tel /cell _____</p> <p>b) dati relativi agli Insegnanti e alle classi che parteciperanno al progetto:</p> <p>Insegnanti:</p> <p>Numero di insegnanti che parteciperanno alla formazione Livello 1 _____</p> <p>Numero di insegnanti che parteciperanno alla formazione Livello 2 _____</p> <p>Numero di insegnanti che parteciperanno alla formazione Livello 3 _____</p> <p>Classi:</p> <p>Elenco completo delle classi prime, seconde ,terze che parteciperanno al progetto (segnare classi e sezioni):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

LifeSkills Training- Lombardia
Insegnanti che parteciperanno alla formazione Livello 1 del progetto LST Lombardia

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	ISTITUTO SCOLASTICO e PLESSO	E-MAIL	RECAPITO TELEFONICO

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini concernenti il progetto "LifeSkills Training Lombardia". Non saranno oggetto di comunicazione né diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 1 della predetta legge ed in particolare di chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che la titolarità del trattamento è dell'U.O. Educazione alla Salute dell'ATS di Brescia

LifeSkills Training- Lombardia
Insegnanti che parteciperanno alla formazione Livello 2 del progetto LST Lombardia

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	ISTITUTO SCOLASTICO e PLESSO	E-MAIL	RECAPITO TELEFONICO

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini concernenti il progetto "LifeSkills Training Lombardia". Non saranno oggetto di comunicazione né diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 1 della predetta legge ed in particolare di chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che la titolarità del trattamento è dell'U.O. Educazione alla Salute dell'ATS di Brescia

LifeSkills Training- Lombardia
Insegnanti che parteciperanno alla formazione Livello 3 del progetto LST Lombardia

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	ISTITUTO SCOLASTICO e PLESSO	E-MAIL	RECAPITO TELEFONICO

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini concernenti il progetto "LifeSkills Training Lombardia". Non saranno oggetto di comunicazione né diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 1 della predetta legge ed in particolare di chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che la titolarità del trattamento è dell'U.O. Educazione alla Salute dell'ATS di Brescia

