



Programma Regionale “UNPLUGGED LOMBARDIA”

Scuole secondarie di secondo grado/CFP/CPIA

MODULO DI ADESIONE ANNO SCOLASTICO 2025/2026 (da trasmettere via e-mail debitamente compilato e firmato dal Dirigente Scolastico)

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

ADERISCE AL PROGRAMMA “UNPLUGGED LOMBARDIA”

Firma del Dirigente Scolastico e Timbro della Scuola o Firma Digitale

DENOMINAZIONE PLESSO:

NOME E COGNOME DEL REFERENTE:

@:

TELEFONO:

NUMERO INSEGNANTI CHE INTENDONO PARTECIPARE ALLA FORMAZIONE:

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

CLASSI PRIME COINVOLTE NELL'IMPLEMENTAZIONE indicare numero, sezione e studenti (es: 1A – 20; 1B – 20; 1C – 20):

DENOMINAZIONE PLESSO:

NOME E COGNOME DEL REFERENTE:

@:

TELEFONO:

NUMERO INSEGNANTI CHE INTENDONO PARTECIPARE ALLA FORMAZIONE:

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

CLASSI PRIME COINVOLTE NELL'IMPLEMENTAZIONE indicare numero, sezione e studenti (es: 1A – 20; 1B – 20; 1C – 20):

DENOMINAZIONE PLESSO:

NOME E COGNOME DEL REFERENTE:

@:

TELEFONO:

NUMERO INSEGNANTI CHE INTENDONO PARTECIPARE ALLA FORMAZIONE:

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

CLASSI PRIME COINVOLTE NELL'IMPLEMENTAZIONE indicare numero, sezione e studenti (es: 1A – 20; 1B – 20; 1C – 20):

NOTE: