

**Programma di “PEER EDUCATION”**

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 DI “PEER EDUCATION”

Firma del Dirigente Scolastico e Timbro della Scuola o Firma Digitale

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

@:

TELEFONO:

NUMERO INSEGNANTI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLO SVILUPPO DEL PROGRAMMA:**NUMERO CLASSI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLA PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA:**Classi 3[^]Classi 4[^]**NUMERO DI CLASSI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLE AZIONI DI PEER EDUCATION (interventi di ricaduta nelle classi, eventi d'Istituto, ecc):**Classi 1[^]Classi 2[^]Classi 3[^]Classi 4[^]Classi 5[^]**DENOMINAZIONE PLESSO:****NOME E COGNOME DEL REFERENTE:**

@:

TELEFONO:

NUMERO INSEGNANTI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLO SVILUPPO DEL PROGRAMMA:**NUMERO CLASSI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLA PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA:**Classi 3[^]Classi 4[^]**NUMERO DI CLASSI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLE AZIONI DI PEER EDUCATION (interventi di ricaduta nelle classi, eventi d'Istituto, ecc):**Classi 1[^]Classi 2[^]Classi 3[^]Classi 4[^]Classi 5[^]**DENOMINAZIONE PLESSO:****NOME E COGNOME DEL REFERENTE:**

@:

TELEFONO:

NUMERO INSEGNANTI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLO SVILUPPO DEL PROGRAMMA:**NUMERO CLASSI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLA PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA:**Classi 3[^]Classi 4[^]**NUMERO DI CLASSI CHE SI INTENDE COINVOLGERE NELLE AZIONI DI PEER EDUCATION (interventi di ricaduta nelle classi, eventi d'Istituto, ecc):**Classi 1[^]Classi 2[^]Classi 3[^]Classi 4[^]Classi 5[^]**NOTE:**