

Scheda criteri progettuali e metodologici per lo sviluppo di
collaborazioni per INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
tra "ASS 1" e "Scuole" di Trieste

Data compilazione: _____

Docente Richiedente (Nome Cognome, disciplina d'insegnamento, recapito telefonico raggiungibile, indirizzo mail): _____

Istituto Scolastico (indicare il Dirigente, la sede, indirizzo e numeri telefonici):

Tema di salute individuato:

- Area stili di vita (es. ambiente, alimentazione sana, attività motoria.....)
- Area della sicurezza (es. stradale, lavorativa, domestica, scolastica)
- Area comportamenti a rischio (es. uso sostanze, autolesionismo, disturbi comportamenti alimentari.....)
- Area Affettività/sexualità
- Area benessere e relazioni (es. stare bene a scuola, inclusione.....)
- Altro: _____

Qual è l'obiettivo di questo progetto/intervento/programma: _____

Docenti individuati per sviluppare il progetto: totali _____

Disciplina d'insegnamento dei docenti coinvolti: _____

Previsto percorso didattico multidisciplinare (connessione fra diverse discipline) per favorire l'apprendimento dei contenuti di salute: SI NO

Ha/avete in passato effettuato progetti/interventi sul tema identificato:

SI NO

Popolazione Target:			
<input type="checkbox"/> alunni (totali.....)			
<input type="checkbox"/> docenti (totali.....)			
<input type="checkbox"/> genitori (totali.....)			
<input type="checkbox"/> gruppi misti (totali			
<input type="checkbox"/> altro			
Numero di classi e grado coinvolti: _____			
Durata prevista	Anni	Mesi	Settimane
Enti esterni coinvolti:	<input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria	<input type="checkbox"/> Imprese/ industrie	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
	<input type="checkbox"/> Associazioni	<input type="checkbox"/> Istituzioni religiose	
	<input type="checkbox"/> Enti Locali		
E' prevista una valutazione	<input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> No		
Risorse previste interne (tempi, risorse umane ed economiche)	Ore previste per il progetto:		
	Operatori scolastici, personale ATA coinvolto (numero.....)		
	Altri operatori esterni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NO
	Finanziamenti definiti:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NO
	Altro:		

La richiesta sarà visionata dal " Gruppo Aziendale di Promozione del Benessere della Comunità " che considerate le necessità e le risorse disponibili avrà cura di dare formale risposta.

Grazie per l'attenzione accordata.

Si prega di inviare la scheda all'indirizzo e-mail:

promozione.salute@ass1.sanita.fvg.it

Per ulteriori informazioni:

Tel.: 040 / 399 7533 - 7534 - 7479 - 7562