

MODULO DI ADESIONE

percorso di formazione congiunta accreditata rivolto ai docenti della Scuola dell'infanzia ed Educatori Nidi di Infanzia

SPETT.LE
ZONA APUANE

AI COMUNE DI: _____

Compilare un modulo per ogni plesso/nido

Istituzione Scolastica - plesso/nido di infanzia

nome e cognome, indirizzo mail e telefono referente:

NOME	COGNOME	MAIL	TELEFONO

Nome e Cognome, indirizzo mail e numero di telefono dei Docenti/educatori aderenti:

NOME	COGNOME	MAIL	TELEFONO

Firma
Il Dirigente Scolastico/ Il Legale Rappresentante