

# MODULO ADESIONE PROGETTO DIDATTICO **APRIAMO GLI OCCHI!**

Compilare e inviare a **CBM Italia ONLUS** via fax **02 7209 3672** e/o via email **scuola@cbmitalia.org**

Il/ la **Dirigente Scolastico** \_\_\_\_\_

legale rappresentante dell'**ISTITUTO**: \_\_\_\_\_

codice **MIUR** \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Sito web \_\_\_\_\_

Con la presente SI comunica l'adesione della Scuola ivi indicata al Progetto didattico

## **APRIAMO GLI OCCHI!**

**SCUOLA PRIMARIA:** \_\_\_\_\_

codice **MIUR** \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Insegnante referente \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**CLASSI PARTECIPANTI**

n° classi **II**

n° classi **III**

n° classi **IV**

Spedire il modulo a **CBM Italia ONLUS** al numero di fax **02 7209 3672** o all'indirizzo email **scuola@cbmitalia.org**

Luogo e data

il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_