



MODULO ADESIONE AL PROGETTO DIDATTICO
APRIAMO GLI OCCHI! 2018-2019

Dirigente Scolastico (Nome e Cognome) _____

ISTITUTO _____

E-mail Dirigente _____

SCUOLA PRIMARIA: _____

Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____

Tel _____ Fax _____

Insegnante referente per il coordinamento del progetto "APRIAMO GLI OCCHI!" nella scuola:

Nome _____ Cognome _____

E-mail _____ Cellulare _____

CLASSI ADERENTI AL PROGETTO "APRIAMO GLI OCCHI!"					
CLASSE - SEZIONE	N. ALUNNI	INSEGNANTE REFERENTE (Nome e Cognome)	MATERIA	EMAIL	CELLULARE

*Inviare il modulo compilato a CBM Italia Onlus
via fax 02 7209 3672 o via email scuola@cbmitalia.org
Per informazioni contattare Valentina Simioli al numero 3929997904*

Luogo e data

Dirigente Scolastico