



## MODULO ADESIONE AL PROGETTO DIDATTICO **APRIAMO GLI OCCHI! 2016-2017**

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 \_\_\_\_\_

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

**Inviare il modulo compilato a CBM Italia Onlus  
via fax 02 7209 3672 o via email [scuola@cbmitalia.org](mailto:scuola@cbmitalia.org)**

**Per informazioni contattare Valentina Simioli al numero 02 720 936 70**

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Dirigente Scolastico