



## MODULO ADESIONE AL PROGETTO DIDATTICO **APRIAMO GLI OCCHI! 2017-2018**

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](mailto:scuola@cbmitalia.org)  
Per informazioni contattare **Valentina Simioli** al numero **02 720 936 70**

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

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