

**Associazione Proteo Fare Sapere**



Via del Porto, 12 40122 Bologna

tel. 051.294765 – Fax 051.240953

[www.proteofaresapere.it](http://www.proteofaresapere.it/) [emiliaromagna@proteofaresapere.it](mailto:emiliaromagna@proteofaresapere.it) Soggetto Qualificato per la formazione Decreti MIUR n. 177/00 e del8/06/05

**MODULO ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE**

Al Presidente di Proteo Fare Sapere Emilia Romagna - Sede Provinciale di Bologna La/Il sottoscritta/o

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | Cognome | | |
| Nata/o il | a | | | | prov. |
| Residente a | | | | cap | |
| Via | | | | n. | prov. |
| Cellulare/tel | | e-mail | | | |

O Dirigente Scolastica/o O Docente universitaria/o O Ricercatrice/tore

O AFAM

O Formatrice/ore

O Docente Scuola infanzia O Docente Scuola Primaria

O Docente Secondaria di I grado O Docente Secondaria di II grado O Educatrice/tore

O Tecnologa/o

O Direttrice/ore SGA O Ass. Amm.

O Ass. Tecnica/o O Coll.Scol.

O Altro

**Chiede**

L’iscrizione a Proteo Fare Sapere …………………………….

Versa a tal fine la quota associativa annuale di € 10,00 a Proteo Fare Sapere Emilia Romagna:

 Bonifico Bancario: Coord. IBAN : **IT 72 W 03359 01600 100000132180**

 Pagamento diretto presso la sede locale

.............................., .............................................

Firma dell'iscritto

.........................................................................