



**Associazione
Proteo Fare Sapere**

Via del Porto, 12 40122 Bologna
 Cell. 339.6773620 – Fax 051.240953
 www.proteofaresapere.it
emiliaromagna@proteofaresapere.it
 Soggetto Qualificato per la formazione
 Decreto MIUR n. 177/00 e DM del 8/06/05

MODULO ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE

Al Presidente di Proteo Fare Sapere Emilia Romagna

La/Il sottoscritto/a

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Scolastica/o | <input type="checkbox"/> Docente Scuola infanzia | <input type="checkbox"/> Tecnologa/o |
| <input type="checkbox"/> Docente universitaria/o | <input type="checkbox"/> Docente Scuola Primaria | <input type="checkbox"/> Direttrice/ore SGA |
| <input type="checkbox"/> Ricercatrice/tore | <input type="checkbox"/> Docente Secondaria di I grado | <input type="checkbox"/> Ass. Amm. |
| <input type="checkbox"/> AFAM | <input type="checkbox"/> Docente Secondaria di II grado | <input type="checkbox"/> Ass. Tecnica/o |
| <input type="checkbox"/> Formatrice/ore | <input type="checkbox"/> Educatrice/tore | <input type="checkbox"/> Coll.Scol. |
| | | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Chiede

L'iscrizione a Proteo Fare Sapere í í í í í í í í í í í .

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

Bonifico Bancario: Coord. IBAN : **IT72 W033 5901 6001 0000 0132 180**

Pagamento diretto presso la sede locale

.....

Firma dell'iscritto

.....