

MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO "APRI GLI OCCHI!"

NOME SCUOLA	CITTÀ	PROV
Referente Progetto : Sig./ra..... Referente Informatica (ove necessario) : Sig./ra..... Dirigente Scolastico: Dott./ssa		
Indirizzo Scuola Tel. Fax e-mail eventuale e-mail referente		

Numero totale alunni :	Numero classi :
N° alunni Sc. dell'Infan. Primaria Second.1°	

INFORMAZIONI PER VIDEOCONFERENZA

Tipo di supporto: ☐ LIM N° ☐ MONITOR N° ☐ WEBCAM N°
Capienza locale in cui è possibile collegarsi in videoconferenza :persone
Orario scolastico : MATT. dallealle.....POM. dallealle.....

Note:
Timbro scuola e firma:

