

MODULO DI ADESIONE

Titolo del progetto.....

Istituto.....

Indirizzo.....

N° telefonico..... Nominativo degli insegnanti referenti:

.....

.

.....

Nominativo degli insegnanti (specificando la materia d'insegnamento) disponibili a partecipare al progetto

.....

.....

N. classi coinvolte.....

N. alunni coinvolti.....

Interventi attinenti l'area di progetto già attivati nelle classi destinatarie

.....

.....

Data.....

L'Insegnante Referente per
la salute dell'Istituto

Inviare tramite fax o e-mail:

| fax 0141/484089

| e-mail: promozionesalute@asl.at.it

S.S. PROMOZIONE EDUCAZIONE ALLA SALUTE E SCREENING

ASL AT Via Conte Verde 125 - 14100 ASTI tel. 0141/484049