



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Catalogo della Promozione della Salute
MODULO DI ADESIONE PROGETTI

IL DIRIGENTE SCOLASTICO _____

DELL' ISTITUTO _____

SEDE/ INDIRIZZO _____

RECAPITO TELEFONICO/E-MAIL _____

richiede per l'anno scolastico 2023/2024 l'attivazione del seguente progetto dell'ASL TO4:

(titolo progetto)

per le seguenti sedi:

Scuola (ordine, grado)	Plesso	Classe	N°alunni	Nominativi Insegnanti partecipanti e recapito (telefono, e-mail)

Data: _____

Firma e timbro del Dirigente Scolastico
