



**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 2024/2025 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

\_\_\_\_\_