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 2025/2026 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

_____