**MODULO DI ADESIONE AL PROGETTO**

**ANNO SCOLASTICO 2019-2020**

**Da restituire entro il 30-10-2019 a**

***g.pagani@confindustriacomo.it***

Istituto _____

Via _____ Località _____

Telefono_____ Fax _____

e-mail_____

**Dirigente scolastico_____**

| **Nome e cognome dei docenti partecipanti** | **classe** | **n° gruppi** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

timbro dell'Istituto e firma del Dirigente Scolastico

Per Informazioni rivolgersi a: Graziano Pagani tel. 031234111 mail: g.pagani@confindustriacomo.it