

SCHEMA RICHIESTA CORSO DI FORMAZIONE AID

Nome dell'Istituto Scolastico	
Distretto dell'Istituto Scolastico	
Indirizzo dell'Istituto Scolastico	
Indirizzo e-mail dell'Istituto Scolastico	
Zona dell'Istituto Scolastico	
Ordine e Grado dell'Istituto Scolastico	
Codice Fiscale dell'Istituto Scolastico	
Nome Dirigente Scolastico	
Recapito del Dirigente Scolastico	
Nome del referente del corso di formazione	
Recapito (cellulare) del Referente nominato	
Indirizzo e-mail del Referente nominato	
Modulo di formazione prescelto	
Giorno della settimana richiesto	
Orario del corso	
Periodo dell'anno richiesto	
Numero di corsisti previsti	
Note	

DATA

FIRMA
