



STUDENTS STAFF-VOLONTARIATO SPORTIVO

L'Istituto _____
con sede a _____ indirizzo _____ cap _____
tel. _____ fax _____ e-mail _____

Nominativo del Dirigente	DOTT.SSA/DOTT.
--------------------------	----------------

Insegnante referente per l'Alternanza Scuola-Lavoro	COGNOME/NOME CELLULARE MAIL
--	-----------------------------------

Insegnante referente Di Scienze motorie e sportive	COGNOME/NOME CELLULARE MAIL
---	-----------------------------------

L'Istituto intende aderire all'iniziativa "Students staff-Volontariato sportivo"

Parteciperanno n° ____ classi del triennio, come da specifica separata per un totale di ____ alunni/e

firma dell'insegnante referente per l'ASL: _____

firma dell'insegnante di scienze motorie referente per l'attività: _____

data

timbro scuola

firma del Dirigente scolastico