



STUDENTS STAFF-ACCADEMIA 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-Accademia 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

MODULO DA RESTITUIRE ENTRO IL 4 NOVEMBRE 2024

A: serv.istruzione@pec.provincia.tn.it e in copia a edufisica@provincia.tn.it