

ALLEGATO 3: MODULO PER RICHIEDERE LA PARTECIPAZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE ORGANIZZATI DAL SERVIZIO DI PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE (SPES)

DA INVIARE ENTRO IL 31 OTTOBRE ALLO SPES

Anno scolastico _____

Il Dirigente Scolastico

(Cognome e Nome)

(Telefono)

(E-mail)

Chiede, per il personale operante nel proprio plesso, l'iscrizione al corso di formazione "Farmaci a scuola"

Istituto: _____

Scuola: _____

Via: _____ Numero: _____

Comune: _____

E-mail: _____

Telefono: _____ Fax: _____

n. docenti	n. altro personale	note

Data _____

Firma: _____