

**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: \_\_\_\_\_