

**MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO
"APRI GLI OCCHI!"**

NOME SCUOLA	CITTÀ
Referente Progetto : Sig./ra..... Referente Informatica (ove necessario) : Sig./ra..... Dirigente Scolastico: Dott./ssa	
Indirizzo Scuola Tel Fax e-mail	

Numero totale alunni :	Numero classi :
N° alunni Sc. dell'Infan.	Primaria Second.1°

INFORMAZIONI PER VIDEOCONFERENZA

Tipo di supporto: <input type="checkbox"/> LIM N° <input type="checkbox"/> MONITOR N° <input type="checkbox"/> WEBCAM N°
Capienza locale in cui è possibile collegarsi in videoconferenza :persone

Orario scolastico : MATT. dallealle.....POM. dallealle.....

Note:

Timbro scuola e firma:

