**Richiesta di partecipazione al progetto**

**I NOMI DI DIO**

**APRILE- MAGGIO/OTTOBRE-NOVEMBRE 2019**

(facsimile da riproporre su carta intestata della scuola,

(da inviare entro il **5 aprile 2019** all’indirizzo **antonaci@sinergiasociale.it**)

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione Istituto scolastico |  |
| Indirizzo: |  |
| Città (Prov.): |  |
| Telefono: |  |
| Indirizzo di posta elettronica: |  |
| Eventuale sito web: |  |
| Dirigente scolastico: *nome e cognome* | Recapito telefonico/cellulare: |
| Indirizzo di posta elettronica: |
| Referente/i per il progetto: *nome e cognome* | Recapito telefonico/cellulare: |
| Indirizzo di posta elettronica: |
| Partecipanti: | Classe/i | **Numero di studenti coinvolti** |

Il Dirigente scolastico, presa visione del bando e accettandolo integralmente,

richiede

la partecipazione della classi sopra evidenziate al progetto “I nomi di Dio” APRILE-MAGGIO/OTTOBRE-2019

In caso di ammissione, chiede che siano considerate le seguenti preferenze:

periodo: ▫ aprile-maggio 2019 ▫ ottobre-novembre 2019

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Timbro e firma del Dirigente scolastico |