**FORM ADESIONE DA INVIARE** **ENTRO IL 30 APRILE** **A** : vicario@iccalvisano.gov.it

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME** |  |
| **COGNOME** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **DATA DI NASCITA** |  |
| **LUOGO DI NASCITA** |  |
| **ISTITUTO DI PROVENIENZA** |  |
| **PARTECIPA A :****barrare la scelta** | SOLO WORKSHOP ( dalle 14,00-alle 16,00)  |
|  | SOLO DALLE ORE 16,00: |
|  | TUTTO IL CONVEGNO: |