

**SCHEDA ADESIONE - A.S.2023/24**  
**"IN FUGA DAL GLUTINE"**

(da inviare firmata al n. fax 055 8790627)

**DATI ISTITUTO SCOLASTICO**

Nome: \_\_\_\_\_

Scuola Primaria      oppure       Scuola per l'Infanzia

Dell'Istituto comprensivo \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Telefono scuola: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail scuola: \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

**PERSONA/E DI RIFERIMENTO DELL'ISTITUTO** per il contatto da AIC

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico/Cell.: \_\_\_\_\_

eventuale indirizzo mail: \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI UTILI ALLA PROGETTAZIONE DELL'INTERVENTO**

Numero bambini celiaci presenti nelle classi: \_\_\_\_\_

Classi interessate al progetto (scrivere quante di 1°,2°,3°, 4°,5°) e quanti bambini ciascuna:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E' disponibile una LIM:      SI.....      NO.....

Data, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
*firma e timbro*