

DA COMPILARE E RESTITUIRE A Associazione Le Querce di Mamre - Gabriele Raimondi
(Fax n. 05119901712 – gabriele.raimondi@email.it)

PROGETTO QUADRO
EDU.CARE

ESPRESSIONE DI INTERESSE

Nome / Cognome _____

Genitore / Insegnante / Altro _____

Scuola di riferimento (facoltativo) _____

Attesto il mio interesse a partecipare a:

- Sessione di presentazione del progetto EDU.CARE
- Sessioni formative

Firma
