

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE



Federazione delle Associazioni ed Organizzazioni non profit di volontariato sociale - ONLUS



UNIONE ITALIANA DEI CIECHI E DEGLI IPOVEDENTI - Onlus  
Consiglio Regionale Lombardo



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

**DATI DELL'ISTITUTO SCOLASTICO**

ISTITUTO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

RECAPITI \_\_\_\_\_

**DATI DELL'INSEGNANTE**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

in qualità di (specificare) \_\_\_\_\_

Cel. \_\_\_\_\_ - Tel. \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - fax. \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_

ANNOTAZIONI (esplicitare particolari bisogni): \_\_\_\_\_

---

---

---

**CHIEDE DI PARTECIPARE al GRUPPO INSEGNANTI**

**“Famiglieingruppo”**

**Progetto DISABILITA' E FAMIGLIA.**

La diagnosi di disabilità grave come emergenza familiare e dei contesti educativi: strumenti e metodi per far fronte ai bisogni.

Da inviare compilato a: fax 02/58308209 - e-mail [famiglieingruppo@gmail.com](mailto:famiglieingruppo@gmail.com)

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_