**MODULO ADESIONE “LA SALUTE NEL PIATTO” 6^ EDIZIONE**

**Da inviare via mail a** **info@lasalutenelpiatto.eu**

Il sottoscritto ………………………………….....................…nato a …………………………………………………… il ……………………… residente in …………………………………… ……………………………………………………………………………………………….. CAP…………………………………...

Dirigente dell’Istituto/CFP…………………………………………………………………………………… Via……………………………………………… ....................................

situato a ………………………………………………………………… CAP……………………………………..…

dichiara di aderire, con la propria scuola, al progetto “**La Salute nel Piatto**” **6^ edizione**

nomina come referenti i seguenti docenti per ciascun gruppo/classe: (SCRIVERE IN STAMPATELLO preferibilmente in maniera digitale per una migliore comprensione)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Docenti referenti**  | **Nome**  | **Cognome**  | **e-Mail**  | **Telefono**  | **N. studenti****gruppo/classe** | **Firma per** **accettazione docente** |
| Classe/Gruppo 1 |  |  |  |  |  |  |
| Classe/Gruppo 2 |  |  |  |  |  |  |
| Classe/Gruppo 3 |  |  |  |  |  |  |
| Classe/Gruppo 4 |  |  |  |  |  |  |
| Classe/Gruppo 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Dichiara di aderire al progetto “**La Salute nel Piatto**” **6^ edizione** con n° ………………………………….. studenti e studentesse totali.

Luogo, Data ……………………………………. Firma Dirigente Scolastico………………………………………………...

Dichiaro di avere preso visione dell‘informativa sul trattamento dei dati personali nel documento denominato “INFORMATIVA DIRIGENTI” presente nella documentazione del progetto.

Luogo, Data ……………………………………. Firma Dirigente Scolastico………………………………………………...