OGGETTO: **LABORATORIO UDA E DIDATTICA COLLABRATIVA**

## MODULO DI ISCRIZIONE

Al Dirigente del CPIA Varese 1 - Gallarate

Il/La sottoscritto/a …………………………………………..nato/a a .................................................

il .............................. residente in ……….....…………………via ..........................................n..........

e-mail …………………………@........................................

tel. ………………………………………..

* Docente di ………………………… presso l’Istituto ………………………………………
* Studente in …………………………………………..
* Volontario/a nell’istruzione di stranieri in Italiano L2
* Altro ………………………………………………………………………………………….

**Chiede di partecipare al corso in oggetto che si terrà nei giorni 8, 9, 10 settembre 2016 presso l’aula magna“ Falcone” in via Matteotti 4 – Gallarate.**

***INVIARE A:*** [*info@cpiagallarate.it*](mailto:info@cpiagallarate.it)

**EFFETTUARE IL VERSAMENTO ENTRO IL 23/07/2016**

IBAN: CREDITO VALTELLINESE - IT 08 A 05216 50240 0000 0000 3068

CONTO CORRENTE POSTALE - 1022471286 intestato a CPIA Varese1 - sia Seprio 2 21013 Gallarate