OGGETTO: **LABORATORIO UDA E DIDATTICA COLLABORATIVA**

## 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’Istituto IPSIA Ponti di Gallarate in Piazza Giovine Italia 3 – Gallarate**

***INVIARE A:*** *info@cpiagallarate.it*

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

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