



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE INIZIATIVA
FORMATIVA PER IL PERSONALE DELLA SCUOLA

L'Istituto Scolastico/ Ufficio richiedente (denominazione completa).....

dichiara di ospitare il Corso

Progetto Scuola di Special Olympics Italia

La sede del Corso sarà presso

Via (indirizzo completo) Città

Prov. Regione

Data/e proposta/e:.....

In presenza o online

Se on line prevedere due incontri di due ore ciascuno

ORARIO PREFERITO

9.00-13.00 ☐

15.00-19.00 ☐

Il corso è gratuito per i partecipanti, ha la durata di 4 ore e sarà tenuto dai Formatori territoriali di Special Olympics Italia. Indicare di seguito i destinatari previsti distinti per ordine e grado:

INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA 1° GRADO ☐ SECONDARIA 2° GRADO ☐

Indicare il nome del/della Prof. Referente per il corso o indirizzo email dove inviare elenco degli iscritti in caso di formazione in presenza. Si precisa che le informazioni di seguito riportate saranno visibili nella Piattaforma SOFIA del MIM e nella locandina per la promozione dell'iniziativa.

Nome e Cognome.....

Telefono..... Email

Data

Timbro e firma del Dirigente/ente richiedente

.....

.....

DA INVIARE A scuola@specialolympics.it ALMENO 40 GIORNI PRIMA DELLA DATA RICHIESTA PER IL CORSI

A.S.D. Special Olympics Italia ETS

Via di Decima, 40 - 00144 ROMA

Tel 06.52.24.64.84-5-6

www.specialolympics.it e-mail soi@specialolympics.it

Iscritta al RUNTS rep. 1334792



ASSOCIAZIONE
BENEMERITA
RICONOSCIUTA
DAL CONI



ASSOCIAZIONE BENEMERITA
RICONOSCIUTA DAL
COMITATO ITALIANO
PARALIMPOICO