

# SCHEDE RICHIESTA OFFERTA

(inviare via fax allo 0544 965120)

Scuola \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

nome referente \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## RICHIEDO PREVENTIVO PER GLI STUDENTI DELLA/E CLASSE/I:

REGIONE \_\_\_\_\_

LABORATORIO DIDATTICO \_\_\_\_\_ a pag.  
(indicare nome del programma)

ITINERARIO GUIDATO \_\_\_\_\_ a pag.  
(indicare nome del programma)

PROGRAMMA MOSAICO \_\_\_\_\_  
1° giorno \_\_\_\_\_ a pag.  
(indicare nome del programma mosaico scelto)

3° giorno \_\_\_\_\_ a pag.  
(indicare nome del programma mosaico scelto)

## DURATA

1 giorno  2 giorni  3 giorni  4 giorni Altro \_\_\_\_\_  
(specificare)

## COMUNICO CHE I PARTECIPANTI SONO:

studenti N° \_\_\_\_\_

sono presenti diversamente abili  NO  SI N° \_\_\_\_\_  
(tipo disabilità)

insegnanti N° \_\_\_\_\_

RICHIEDO PREVENTIVO TRASPORTO:  NO  SI  BUS  TRENO  AEREO

RICHIEDO DI PREVEDERE POLIZZA DI ASSISTENZA SANITARIA:  SI  NO

ALTRE INFORMAZIONI/COMUNICAZIONI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il referente \_\_\_\_\_