

Institución _____
Dirección _____
código fiscal _____
sitio web _____ e-mail _____
tel. _____ fax _____
El/la que suscribe _____
Nacido/a en _____ el/...../.....
residente en _____ () calle _____ n. _____,
profesión _____ calificación _____
Función en la Institución _____

PIDO

que la Institución que yo represento se inscriba como **Partner** del Proyecto **DY.MO.VO.TRA.** – ***Dynamic Model of Vocational Training*** de que está responsable la Associazione no profit I.S.P.E.F. *Istituto di Scienze Psicologiche dell'Educazione e della Formazione*, con sede legal en Roma via D. Comparetti 55/A,

por la siguiente motivación _____

Lugar y fecha _____,/...../.....

firma y sello



El Consejo Directivo del I.S.P.E.F., reunido _____
acepta
----- la admisión de _____
no acepta
como Partner del Proyecto **DY.MO.VO.TRA.** – ***Dynamic Model of Vocational Training***
Roma, _____

El Presidente I.S.P.E.F.
dott. Fausto Presutti