

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 **Qualità Formativa** 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 **Qualità Formativa**

Roma, \_\_\_\_\_

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