

TIPOLOGIA DI PROGETTO

di ISTITUTO

COFINANZIATO

di PLESSO

TITOLO \_\_\_\_\_ PERIODO \_\_\_\_\_

PLESSO \_\_\_\_\_ CLASSI \_\_\_\_\_ N° complessivo ALUNNI \_\_\_\_\_

DOCENTE Responsabile/Referente \_\_\_\_\_

approvazione Collegio Docenti:

maggio/giugno

settembre/ottobre

dicembre/gennaio

### COSTO

Trasporto € \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ orario P/A \_\_\_\_\_

Accompagnatori: \_\_\_\_\_

Esperti € \_\_\_\_\_

Ingressi € \_\_\_\_\_

Materiale € \_\_\_\_\_ (specificare \_\_\_\_\_)

**TOTALE SPESA PREVISTA** € \_\_\_\_\_

### FINANZIAMENTO

Unione dei Comuni € \_\_\_\_\_

Avanzo € \_\_\_\_\_

Famiglie € \_\_\_\_\_

Istituto € \_\_\_\_\_

Altro: ..... € \_\_\_\_\_

Altro: ..... € \_\_\_\_\_

Altro: ..... € \_\_\_\_\_