

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 **CEIF – Certification Education Infancy and Families – Certificazione dell’Educazione per l’Infanzia e le Famiglie** 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 **CEIF – Certification Education Infancy and Families – Certificazione dell’Educazione per l’Infanzia e le Famiglie**

Roma, _____

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