

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 **QUIF – Quality Infancy and Family – Making Community** de que está responsable la Asociación 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 **QUIF – Quality Infancy and Family – Making Community**

Roma, _____

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