



## FORMULARIO ACTIVIDAD DE TESTIMONIO DE VÍCTIMAS EN LAS AULAS

DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO			
<b>Código Centro:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Cód. Postal:</b>		<b>Población:</b>	
<b>Provincia:</b>			
<b>Comunidad Autónoma:</b>			
<b>Persona de contacto:</b>			
<b>Cargo del contacto:</b>			
<b>Teléfono 1:</b>		<b>Teléfono 2:</b>	
<b>Email 1:</b>		<b>Email 2:</b>	

DATOS DE LA ACTIVIDAD			
<b>Curso/s<sup>1</sup>:</b>			
<b>Número de grupos<sup>2</sup>:</b>			
<b>Número de alumnos:</b>			
<b>Modalidad preferente<sup>3</sup>:</b>			
<b>1º Fecha:</b>		<b>Horario:</b>	
<b>2º Fecha:</b>		<b>Horario:</b>	
<b>3º Fecha:</b>		<b>Horario:</b>	

Profesor/ solicitante de la actividad

Director/a del Centro Educativo

Firma:

Firma:

<sup>1</sup> 4ª ESO y 1º y 2º BACHILLERATO

<sup>2</sup> Preferentemente no más de tres líneas educativas

<sup>3</sup> Presencial/online