**PROPOSTA DI CORSO CISM-UniUD** (da inviare a cism@cism.it e roberto.rinaldo@uniud.it)

**PROPONENTE**

COGNOME, NOME

AFFILIAZIONE

INDIRIZZO

EMAIL

TELEFONO

**TITOLO DEL CORSO**

**AMBITO DISCIPLINARE**

**MODALITÀ** (si consiglia la modalità mista)

**[ ]** In presenza (on-site) **[ ]** Da remoto (online) **[ ]** Mista (on-site e online)

**DURATA DEL CORSO** (da 3 a 5 gg):

**DATA** **PROPOSTA**

(da concordare con la Segreteria

del CISM)

**COORDINATORE/I** (di solito il proponente agisce da coordinatore. Ci possono essere max due coordinatori. Il coordinatore può anche essere relatore).

1. Cognome, Nome, Affiliazione, indirizzo, telefono, e-mail.
2. Cognome, Nome, Affiliazione, indirizzo, telefono, e-mail.

**RELATORI** (se già selezionati - possibilmente non più di sei, un numero maggiore può essere concordato con la Segreteria ai fini del budget e della definizione della quota di partecipazione)

1. Cognome, Nome, Affiliazione, indirizzo, telefono, e-mail, numero e titolo delle lezioni
2. Cognome, Nome, Affiliazione, indirizzo, telefono, e-mail, numero e titolo delle lezioni
3. Cognome, Nome, Affiliazione, indirizzo, telefono, e-mail, numero e titolo delle lezioni
4. Cognome, Nome, Affiliazione, indirizzo, telefono, e-mail, numero e titolo delle lezioni

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Cognome, Nome, Affiliazione, indirizzo, telefono, e-mail, numero e titolo delle lezioni
2. Cognome, Nome, Affiliazione, indirizzo, telefono, e-mail, numero e titolo delle lezioni

………………………………………………………………………………………………………………………..

**BREVE DESCRIZIONE** (Max 1.600 caratteri, spazi inclusi)

**DATA FIRMA DEL PROPONENTE**

**NB**

Si informa che l’orario di apertura del Centro durante i corsi è dal lunedì al giovedì 08.30-17.30, venerdì 08.30-13.00.

Orari differenti possono essere concordati