



FORMULARIO ACTIVIDAD DE TESTIMONIO DE VÍCTIMAS EN LAS AULAS

DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO			
Código Centro:			
Clasificación del Centro Educativo:	Público:	Concertado:	Privado:
Nombre:			
Dirección:			
Cód. Postal:	Población:		
Provincia:			
Comunidad Autónoma:			
Persona de contacto:			
Cargo del contacto:			
Coordinador/a de la actividad educativa:			
Teléfono 1:		Teléfono 2:	
Email 1:		Email 2:	

DATOS DE LA ACTIVIDAD			
Curso/s ¹ :			
Número de grupos ² :			
Número de alumnos:	4º ESO:	1º y 2º BACHILLERATO:	
Modalidad preferente ³ :			
1º Fecha:		Horario:	
2º Fecha:		Horario:	
3º Fecha:		Horario:	

Profesor/ solicitante de la actividad

Director/a del Centro Educativo

Firma:

Firma:

¹ 4ª ESO y 1º y 2º BACHILLERATO

² Preferentemente no más de tres líneas educativas

³ Presencial/online