



MINISTERIO
DEL INTERIOR

DIRECCIÓN GENERAL
DE APOYO A VÍCTIMAS
DEL TERRORISMO

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE APOYO A VÍCTIMAS
DEL TERRORISMO

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