

Al Consorzio Blu

Mail: altapadovana.scolastica@consorzioblu.it

**Oggetto:** richiesta di autorizzazione per la partecipazione dell'operatore socio sanitario a uscite/gite.

Si chiede di autorizzare la presenza dell'operatore socio sanitario sig./sig.ra

\_\_\_\_\_

per accompagnare il minore \_\_\_\_\_

frequentante il CRE \_\_\_\_\_

all'uscita/gita il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

con il seguente mezzo di trasporto \_\_\_\_\_

Indicare le modalità di recupero delle ore supplementari richieste

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Le spese per la partecipazione dell'operatore socio sanitario sono a totale carico dell'Ente promotore dell'uscita.**

Data \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Centro Estivo

\_\_\_\_\_

*Il riscontro alla presente richiesta arriverà via mail da parte del coordinatore del Consorzio*