# Al Municipio Roma III Ufficio Assistenza Scolastica alla Disabilità

DOMANDA PER IL SERVIZIO OEPAC PRESSO I CENTRI ESTIVI ORGANIZZATI NEL TERRITORIO DEL MUNICIPIO III

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME: ………………………………………………………………………………………………………………….NOME:………………………………………………………………………

NATO/A A …………………………………………………………………………………………………………………….(PROV………… ) IL............................................................

RESIDENTE IN ROMA VIA/PIAZZA ………………………....................................................................N°….................CAP………………………………………………

TEL..………………………………………………………………E-MAIL………...…………………………………………………………………………………………………………………………..

IN QUALITÀ DI: □ GENITORE □ TUTORE □ ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

CHIEDE L’ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO OEPAC PRESSO IL CENTRO ESTIVO ORGANIZZATO NEL TERRITORIO DEL MUNICIPIO III

□ DENOMINATO ………………………………………………………………………………………………………………………

## A FAVORE DI

**COGNOME:** ……………………………………………………………………..**NOME**:……………………………………………………………………………………………………………………..

DATA DI NASCITA: ……………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

RIFERIMENTO FAMILIARE…………….………………………………………………………………RECAPITI TELEFONICI…………………………………………………………………….

EMAIL…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

## INDICARE LE SETTIMANE RICHIESTE

* DAL 03 LUGLIO 2023
* DAL 10 LUGLIO 2023
* DAL 17 LUGLIO 2023
* DAL 24 LUGLIO 2023
* DAL 31 LUGLIO 2023
* DAL 7 AGOSTO 2023
* DAL 21 AGOSTO 2023
* DAL 28 AGOSTO 2023
* DAL 4 SETTEMBRE 2023

**INDICARE LE GIORNATE RICHIESTE**

LUNEDI’ MARTEDI’ MERCOLEDI’ GIOVEDI’ VENERDI’

**INDICARE LA FASCIA ORARIA RICHIESTA**

DALLE ORE……………………………….. ALLE ORE……………………………………..

DATA, FIRMA

Esercente La Responsabilità Genitoriale