



AUTORIZACIÓN TRASLADO DENDE O C.E.I.P. OZA DOS RIOS ATA AS INSTALACIÓNS DONDE SE DESENVOLVERÁ A ACTIVIDADE DE ESPAZOLUDI (SERVIZO DE CONCILIACIÓN).

Eu, D^a/D. _____, con DNI núm. _____, como nai/ pai / titor legal do/a menor _____ e sendo coñecedor da situación sanitaria derivada do COVID-19 e os riscos que elo conleva,

AUTORIZO,

A que o/os/a/as monitores/as da actividade Espazoludi (Servizo de Conciliación) a recollelo no C.E.I.P. de Oza ás **15:30h** para trasladalo/a/o ás dependencias municipais donde se desenvolverá a actividade.

Oza-Cesuras, _____ de _____ de 2020

Asdo.: