

**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 trasladala/o ás
dependencias municipais donde se desenvolverá a actividade.

Oza-Cesuras, _____ de _____ de 2022

Asdo.: