

Luogo _____

Data _____

Richiesta di autorizzazione per la partecipazione dell'operatore socio sanitario a uscite.

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

_____ .
per accompagnamento del minore _____

Scuola _____ Frequentante la classe _____

all'uscita/gita il _____ a _____

Dalle ore _____ alle ore _____

Ore supplementari richieste _____

Mezzo di spostamento utilizzato _____

Specificare eventuale modalità di organizzazione di sostituzione dell'operatore qualora lo stesso sia impegnato in altri servizi nella stessa o altra scuola (vd. Indicazioni Organizzative – pag.6)

Indicare le modalità di recupero delle ore supplementari richieste (vd. Indicazioni Organizzative – pag. 6) _____

Firma del Dirigente

Il riscontro alla presente richiesta arriverà via mail da parte del Coordinatore della Cooperativa (o da parte dell'AULSS 6 per i propri dipendenti).