

**A.ULSS 6 EUGANEA
DISTRETTO SOCIO SANITARIO ALTA PADOVANA
U.O.C. DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA
SERVIZIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA E SOCIALE**

protocollo.aulss6@pecveneto.it

Modulo per la richiesta personale di assistenza per i Centri Ricreativi Estivi

Anno _____

COMUNE DI _____

Nome e Cognome minore frequentante	CRE di (indicare il nome della struttura e la via)	Periodo dal - al	Orario di Frequenza al CRE

Si attesta di aver trasmesso le "INDICAZIONI ORGANIZZATIVE PER GLI OPERATORI SOCIO SANITARI e allegati" ai responsabili gestione CRE

Responsabile del Comune
