

AL DIRIGENTE RESPONSABILE  
SETTORE ISTRUZIONE  
VIA GALAVERNA 8  
41122 MODENA

**OGGETTO: PROLUNGAMENTO ORARIO AUTOGESTITO - RICHIESTA AUTORIZZAZIONE**

Con la presente il/la sottoscritto/a.....nato/a.....il ...../...../.....  
a.....residente a..... in via..... Telefono.....,  
e-mail .....

**chiede l'autorizzazione:**

- 1) ad attivare il servizio di prolungamento orario dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
con decorrenza dal \_\_\_\_\_ fino al ...28/06/2019\_\_\_\_\_.
- 2) ad utilizzare gli spazi della SCUOLA D'INFANZIA\_\_\_\_\_
- 3) ad affidare alla Cooperativa \_\_\_\_\_ con sede  
a \_\_\_\_\_ la gestione del suddetto servizio.

Si segnalano, qui di seguito, i nominativi dei bambini che parteciperanno al servizio,  
impegnandoci a comunicare tempestivamente le variazioni che si effettueranno in corso  
d'anno:

SEZIONE 3 ANNI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SEZIONE 4 ANNI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SEZIONE 5 ANNI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si richiede, pertanto, l'erogazione di un contributo finanziario da parte del Comune, a  
parziale copertura dei costi di gestione, da accreditarsi sul seguente conto corrente :

C/C N. \_\_\_\_\_ c/o BANCA \_\_\_\_\_  
ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ codice CIN \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
INTESTATARIO \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

MODENA, \_\_\_\_\_

Il Presidente del Consiglio di Gestione

Il Genitore Responsabile del Servizio  
di Prolungamento orario autogestito

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_