

MODULO RICHIESTA ASSISTENZA OEPAC

AL MUNICIPIO ROMA I CENTRO
DIREZIONE SOCIO EDUCATIVA
Servizio OEPAC
Circonvallazione Trionfale, 19 Roma – 00195
Via Petroselli n.50 00186 - Roma
(per il tramite dell'Istituto Scolastico)

Oggetto: richiesta assistenza OEPAC validità del CIS

I sottoscritti

Residenti in _____

via

Tel.....cellulare.....

Genitori dell'alunno /a

Nato a _____ il _____

Iscritto per l'anno scolastico – alla classe

della Scuola

Attualmente seguito dal Servizio della ASL (o ente accreditato):

.....

CHIEDONO

Di usufruire a favore del proprio figlio/a del Servizio OEPAC per la durata del CIS

Roma.....

FIRMA.....

.....