

CONFORMIDAD CESIÓN DE ESPACIOS EDUCATIVOS

| | | | | | |
|---|----------------|---------------------|-----|----------|--|
| D. / Dña. | | | | | |
| Como director/a del Centro Educativo | | | | | |
| Manifiesta su conformidad con la cesión del uso de sus espacios a la entidad | | | | | |
| Para la realización de la actividad indicada en los espacios y horarios que se detallan a continuación: | | | | | |
| Nombre de la actividad: | | Día/s de la semana: | | Horario: | |
| A quién va dirigida | | | | | |
| Periodo de realización | Del / / al / / | Del | / / | Al | |
| Espacio/s cedido/s | | | | | |

Y para que así conste, lo firmo y lo sello en Avilés, a de de 20

Fdo.-