

DOMANDA DI ISCRIZIONE SERVIZIO MICRONIDO
PER L'ANNO SCOLASTICO 20__ / 20__

Il/la sottoscritto/a _____
(**GENITORE / TUTORE/AFFIDATARIO**)

Codice Fiscale _____ in qualità di _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____

via _____ n° _____ Tel. / Cell. _____

CHIEDE

Che il minore _____
(**COGNOME E NOME DEL BAMBINO**)

nato/a a _____ il _____

Sia ammesso alla frequenza del MICRONIDO a partire da _____ .

ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE LA FAMIGLIA ACCETTA INTEGRALMENTE

IL REGOLAMENTO DEL MICRONIDO.

Per le comunicazioni, i pagamenti e informazioni fare riferimento all'Ufficio Servizi alla Persona
negli orari di apertura.

ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTO:

- Solo tempo PIENO (T.L. 07.30 – 17.00) (costo mensile € 425,00)**
- Solo tempo PART TIME (T.C. 07.30 – 13.00) (costo mensile € 290,00)**
- Servizio di posticipo dalle 17.00 alle ore 18.00 (costo mensile € 25,00).**

Il servizio di posticipo (17.00 - 18.00) viene garantito solo con un minimo di 4 bambini iscritti.

Costo giornaliero del pasto: € 3,20.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003, (codice in materia di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiarazione sostitutiva all'atto dell'iscrizione.

Firma per accettazione
