



MODULO 1

NIDI D'INFANZIA
BELNIDO
DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL POSTO
ANNO EDUCATIVO 2019/2020

Il/I sottoscritto/i:

Cognome Nome _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____

Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cell _____ Fax _____

In qualità di PADRE MADRE TUTORE

Cognome Nome _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____

Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cell _____ Fax _____

In qualità di PADRE MADRE TUTORE

Quale/i esercente/i la potestà sul minore (cognome e nome) _____

DICHIARA/DICHIARANO

1. di accettare il posto al nido d'infanzia interaziendale "Belnido" di seguito indicato:

- Sezione Rosa (PICCOLI);
 Sezione Gialla (MEDI/GRANDI).

2. di aver preso conoscenza del Regolamento di accesso al nido pubblicato sul sito internet A.S.P. Valloni Marecchia e di impegnarsi ad accettare, osservare e rispettare tutte le prescrizioni in esso contenute.

Si allega ricevuta della cauzione per l'ingresso al Nido aziendale Ausl di € _____ pari a una mensilità.

Rimini, li _____

Firma del Padre o di chi ne fa le veci _____

Firma della Madre o di chi ne fa le veci _____