



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 ASP 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 USL 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 \_\_\_\_\_