



NIDI D'INFANZIA **BELNIDO**
DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL POSTO
ANNO EDUCATIVO 2020/2021

MODULO 1

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) _____

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

DICHIARA/DICHIARANO

- di accettare il posto al nido d'infanzia interaziendale "Belnido" di seguito indicato:
 Sezione Rosa (PICCOLI);
 Sezione Gialla (MEDI/GRANDI).
- 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.

Data _____

Firma del genitore dichiarante _____ Firma altro GENITORE (*) _____

Per presa conoscenza e autorizzazione delle informative allegate a questa richiesta e relative al D.Lgs.196/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e s.m.i.

Firma del genitore dichiarante _____ Firma altro GENITORE (*) _____

(*)alla luce delle disposizioni del Codice Civile in materia di filiazione, le decisioni di maggior interesse per i figli in materia di educazione istruzione e salute, rientrando nella responsabilità genitoriale, devono essere sempre assunte di comune accordo dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta si stata condivisa da entrambi i genitori.