

COMUNE DI VALLE MOSSO

SERVIZIO MICRO NIDO

Modulo Iscrizione

Domanda n° _____
(a cura dell'Ufficio)

L sottoscritt

PRESENTA DOMANDA DI ISCRIZIONE AL MICRO NIDO PER L'ANNO SCOLASTICO 20/20 con richiesta di inizio frequenza nel mese di ____ CON UTILIZZO:

<input type="checkbox"/>	TEMPO PIENO	<input type="checkbox"/>	PART-TIME :	<input type="checkbox"/>	Mattino	<input type="checkbox"/>	Settimana RIDOTTA	<input type="checkbox"/>	3 + 2	Scelta giorni:					
				<input type="checkbox"/>	Pomeriggio					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Lunedì</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Martedì</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Mercoledì</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Giovedì</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Venerdì</td></tr> </table>	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
Lunedì															
Martedì															
Mercoledì															
Giovedì															
Venerdì															

DI:
cognome: ____

nome: ____

nato/a a: _____

il :__

residente a: _____ TEL. ____

in: ____

nominativo padre: _____

indirizzo luogo di lavoro: ____

Nome della Ditta : _ tel. ____

tipologia di lavoro: _____

nominativo madre: _____

indirizzo luogo di lavoro: ____

Nome della Ditta : ____tel ____

tipologia di lavoro: ____

ALTRI FIGLI:

NOMINATIVO	ETA' Anni:

Valle Mosso, ____

FIRMA: