

AL DIRIGENTE
SETTORE SERVIZI AL CITTADINO
del Comune di Castelfranco Emilia

IL/La sottoscritto/a _____
(COGNOME E NOME GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO)

in qualità di Padre Madre Tutore Affidatario

di _____
(COGNOME E NOME BAMBINO/A)

nato/a il _____ a _____ residente in

Via _____ a _____

Cellulare n° _____; e-mail _____

iscritto al **NIDO** _____ sez. _____ **O.R.** **T.P.**
(NOME STRUTTURA)

CHIEDE per l'a.e. 2019/2020:

IL CAMBIO ORARIO:

DA orario ridotto A tempo pieno

DA tempo pieno AD orario ridotto

IL TRASFERIMENTO AD ALTRO ASILO NIDO:

(SPECIFICARE NOME SCUOLA)

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che l'accoglimento dell'istanza è subordinato alla disponibilità del posto corrispondente alla tipologia del servizio richiesto.

In fede

Castelfranco Emilia _____

(Firma del GENITORE / TUTORE/AFFIDATARIO)