



Comune di SOVERE

Provincia di BERGAMO

Tel. 035 981107

Via G. Marconi 6 - 24060

Fax 035 981762

e-mail

info@comune.sovere.bg.it

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO COMUNALE - A.S. 2020/2021

Dati anagrafici del padre

Il sottoscritto _____

nato a _____

in data _____

residente in _____

CAP _____

via _____

n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono ab. _____

cell. _____

e-mail _____

Professione _____

presso _____

Telefono _____

Dati anagrafici della madre

La sottoscritta _____

nata a _____

in data _____

residente in _____

CAP _____

via _____

n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono ab. _____

cell. _____

e-mail _____

Professione _____

presso _____

telefono _____

CHIEDONO

Per il proprio figlio/per la propria figlia

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____

in data _____

Codice Fiscale _____

l'ammissione all'Asilo Nido Comunale e scelgono il seguente modulo (*barrare l'opzione desiderata*) DAL _____:

Tempo Pieno	Part-Time
<input type="checkbox"/> Tempo pieno classico 07.30 – 17.00	<input type="checkbox"/> Part-time mattino 07.30 – 13.00
<input type="checkbox"/> Tempo pieno misto 3-2 giorni alternati a 3-2 giorni part-time da concordare	<input type="checkbox"/> Part-time pomeridiano 11.00 – 17.00
	<input type="checkbox"/> Part-time verticale 2-3 giorni da concordare
	<input type="checkbox"/> Part-time misto frequenza mattutina alternata a frequenza pomeridiana da concordare

A TALE SCOPO DICHIARANO

- Che il minore è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: [SI] [NO]
- Di essere a conoscenza che la rinuncia al posto nel nido assegnato comporta la cancellazione dalla graduatoria;

