

SPETTABILE

COMUNE DI ALDENO

Servizio Asilo Nido

38060 - ALDENO

SEDE CIMONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Tel. _____

genitore del/la bambino/a _____

nato/a a _____ il _____

DICHIARA

- di **ACCETTARE** il posto assegnato al/alla proprio/a figlio/a presso l'Asilo Nido di Aldeno, sede di CIMONE con **inserimento nel mese di** _____.

Orario richiesto (barrare la casella che interessa):

TEMPO PIENO (dalle 7.30 alle 16.30)

Barrare se intenzionati ad usufruire del prolungamento d'orario:

PROLUNGAMENTO DI ORARIO* dalle 16.30 alle 17.30

dalle 16.30 alle 18.30

L'importo previsto per ogni ora di prolungamento dell'orario è di € 3,84 da versare direttamente all'ente gestore con le modalità che verranno comunicate.

* (attivato solo in presenza di 3 domande)

- di essere a conoscenza che il recesso successivo comporta la corresponsione della quota fissa mensile per due mesi dalla data fissata per l'inserimento, salvo che il posto non venga coperto da un altro utente, a norma dell'art. 13 comma 4° del Regolamento di Gestione dell'Asilo Nido.

- di essere a conoscenza dell'obbligo per gli utenti intestatari di c/c bancario, di richiedere al proprio Istituto di Credito la domiciliazione bancaria, come previsto dall'art. 13, comma 8, del più volte nominato Regolamento, e di provvedervi entro massimo 30 giorni dalla presente;

- di non essere intestatario di conto corrente bancario.

Aldeno, _____

Firma _____