



MODULO ISTANZA DI AMMISSIONE ANNO EDUCATIVO 2023/2024



I sottoscritti:

COGNOME _____	NOME _____
Nato/a a _____	Il _____
Residente in _____	Via _____
Cod. Fiscale _____	
Recapito telefonico _____ Cellulare _____	

E

COGNOME _____	NOME _____
Nato/a a _____	Il _____
Residente in _____	Via _____
Cod. Fiscale _____	
Recapito telefonico _____ Cellulare _____	

CHIEDONO

L'ammissione presso il Nido d'Infanzia Daniele Moro di Codroipo (UD) Del/la proprio/a figlio/a

COGNOME _____	NOME _____
Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato/a a _____	Il _____
Residente in _____	Via _____
Cod. Fiscale _____	



MODULO ISTANZA DI AMMISSIONE ANNO EDUCATIVO 2023/2024



Secondo la seguenti modalità:

- TEMPO PIENO (DALLE 06.50 ALLE 16:30) DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ
- TEMPO PARZIALE (DALLE 06.50 ALLE 13:30) DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ

INIZIO FREQUENZA NIDO A FAR TEMPO DAL MESE DI _____

DICHIARANO

- Di aver ricevuto copia del Regolamento del nido d'infanzia e Carta dei Servizi vigente e di averne presa attenta visione ed accettazione dei contenuti ed impegni reciproci.
- di essere a conoscenza che, a seguito di formale comunicazione di accesso del/la proprio/a figlio/a alla frequenza del Nido d'infanzia l'iscrizione sarà perfezionata con la sottoscrizione di regolare contratto tra le parti.
- Di essere a conoscenza che, in seguito a formale comunicazione di accesso del/la proprio/a figlio/a presso il Nido d'infanzia "Daniele Moro" è dovuto l'importo di € 50,00 (cinquanta) a titolo di quota d'iscrizione una tantum, a fondo perduto, da versare mediante bonifico bancario.

Data _____

Firma dei genitori

UTERIORI DATI AGGIUNTIVI

Il sottoscritto _____ dichiara di essere dipendente dell'Asp Daniele Moro di Codroipo.
(Cognome e nome del genitore dipendente)

I sottoscritti richiedenti autorizzano l'invio di ogni comunicazione riferibile alla presente pratica di iscrizione con corrispondenza indirizzata alla seguente casella mail:

E-MAIL: _____ - _____
(è possibile indicare due indirizzi per invio contemporaneo della corrispondenza. Si prega di scrivere in stampatello)

La presente domanda può essere recapitata:

- a mezzo mail ordinaria all'indirizzo: asilonido@aspmoro.it
- oppure
- a mezzo consegna diretta all'ufficio protocollo dell'Asp "Daniele Moro" - Viale Duodo 80 - Codroipo nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00.



MODULO ISTANZA DI AMMISSIONE ANNO EDUCATIVO 2023/2024



In caso di revoca della presente istanza di ammissione, i sottoscritti si impegnano a darne tempestiva comunicazione - prima dell'inizio dell'a.e. - indirizzando specifica mail al seguente indirizzo: asilonido@aspmoro.it

I sottoscritti esprimono altresì l'autorizzazione al trattamento dei dati personali qui riportati che saranno trattati secondo le modalità e nei limiti previsti dalla normativa vigente (Reg.UE 679/2016).

Data: _____

Firma di entrambi i genitori

