



Azienda pubblica  
di Servizi alla Persona  
Daniele Moro

Viale Duodo, 80  
33033 Codroipo - Udine  
tel. 0432 909311  
fax 0432 909306

P.Iva 01668860305  
C.F. 80008300305

info@aspmoro.it  
aspmoro@pec.it  
www.aspmoro.it

Asilo Nido Daniele Moro

Via Sebastiano Ricci, 36  
33033 Codroipo - Udine  
tel. 0432 909384  
fax 0432 909306  
asilonido@aspmoro.it  
www.aspmoro.it

**DOMANDA DI AMMISSIONE**  
A.E. 2017/2018

Posizione in graduatoria n. \_\_\_\_\_

**I SOTTOSCRITTI**

Genitore al quale intestare le fatture

\_\_\_\_\_ (Nome)

\_\_\_\_\_ (Cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_

E

\_\_\_\_\_ (Nome)

\_\_\_\_\_ (Cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

l'ammissione presso il Nido d'Infanzia *Daniele Moro* di Codroipo

del/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Nome)

\_\_\_\_\_ (Cognome)

sessu  M  F nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

con inizio frequenza dal MESE di \_\_\_\_\_

nella FASCIA ORARIA di seguito indicata:

[5PT] Part-time                       [5FT] Full-time                       [5LFT] Long full-time

[4PT] Part-time                       [4FT] Full-time                       [4LFT] Long full-time

[3PT] Part-time                       [3FT] Full-time                       [3LFT] Long full-time

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





DICHIARANO

di essere a conoscenza che, in seguito alla comunicazione dell'accoglimento del proprio/a figlio/a presso il Nido d'infanzia *Daniele Moro*, è dovuto l'importo di € 50,00 (euro cinquanta/00) a titolo di quota d'iscrizione, a fondo perduto, da pagare mediante bonifico bancario presso:

BANCA POPOLARE FRIULADRIA	
ABI	05336
CAB	63751
C.C.	35324425
CONTO DI TESORERIA - COORDINATE IBAN	IT 46 H 05336 63751 000035324425

*Si chiede cortesemente di dare pronta comunicazione dell'avvenuto pagamento della quota d'iscrizione agli uffici amministrativi dell'Azienda pubblica di Servizi alla Persona Daniele Moro - tel 0432.909347*

di essere consapevoli che l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona *Daniele Moro* di Codroipo utilizza i dati qui indicati esclusivamente per finalità proprie (D. Lgs. N. 196/2003 "Tutela della privacy").

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Spazio riservato all'ufficio ragioneria*

*Pagamento quota d'iscrizione ricevuto il \_\_\_\_\_ Utente N. \_\_\_\_\_*





COMUNICANO altresì:

Da compilare a cura del genitore dipendente dell'ASP Daniele Moro di Codroipo, dei soggetti che operano all'interno dei servizi dell'ASP e di altri soggetti statali

di essere DIPENDENTE dell'ASP *Daniele Moro* di Codroipo \_\_\_\_\_  
(Nome e cognome del genitore)

di essere DIPENDENTE di soggetto operante all'interno dell'ASP \_\_\_\_\_  
(Nome e cognome del genitore)

di essere DIPENDENTE di altro soggetto statale\* \_\_\_\_\_  
(Nome e cognome del genitore)

\*fornire autocertificazione con indicazione dell'Ente di appartenenza

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, ai sensi della Legge 196/03 per gli scopi la cui dichiarazione è destinata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

