



Città di Pachino

Libero Consorzio Comunale di Siracusa



All'Ufficio Servizi Sociali
VII Settore
del Comune di Pachino

SCELTA DEL SERVIZIO ASILI NIDO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. ()
residente a _____ Prov. () in via/piazza _____ n° _____, in
qualità di (specificare se padre, madre o altro) _____ del
bambino/a _____, nato/a _____ Prov. () il
_____ residente a _____ Prov. () in via/piazza _____,

chiede

che il proprio figlio venga iscritto ai seguenti servizi:

<input type="checkbox"/> Asilo nido	tempo parziale (6 ore)	Dalle 8:00 alle 14:00	Dal lunedì al venerdì
<input type="checkbox"/> Asilo nido	Tempo pieno (10 ore)	Dalle 8:00 Alle 18:00	Dal lunedì al venerdì
<input type="checkbox"/> Spazio gioco	Dal lunedì al venerdì dalle 14:00 alle 19:00	Dalle _____ Alle _____	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì
<input type="checkbox"/> Centro per bambini e famiglie	Dal lunedì al venerdì dalle 14:00 alle 19:00	Dalle _____ Alle _____	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì

ALLEGATI:

1. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
2. CERTIFICAZIONE DELLE VACCINAZIONI

Pachino lì, _____

Firma
