



# 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

\*\*\*\*\*