

ISCRIZIONE Micronido "I Piccoli Sogni di Lucia Rinaldi"

IL SOTTOSCRITTO

Nome _____ Cognome _____ Nato/a a _____
_____ il _____ C.F. _____ e residente
a _____ In via _____
n. _____ Telefono genitore 1 _____ telefono genitore
2 _____ e-mail (in stampato) _____

CHIEDE CHE IL PROPRIO/A FIGLIO/A

Nome _____ Cognome _____
C.F. _____ nato/a a _____ Prov. _____ Il
_____ residente in via _____ n. _____ Comune di
_____ Prov. _____

SIA ISCRITTO al Micronido "I Piccoli Sogni di Lucia Rinaldi"

Dal lunedì al venerdì

Nella fascia oraria

- ☐ 8.00-13.00
- ☐ 8.00-15.30

SI IMPEGNA

A versare entro il 5° giorno del mese, la retta mensile, mediante bonifico bancario intestato a Le Nuove Chimere Cooperativa Sociale sull'Iban che vi verrà indicato.

Si impegna altresì a rispettare il regolamento del micronido consegnato in sede di prima riunione con le famiglie.

Nella consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

Data _____

Firma genitore _____

N.B. I dati inseriti verranno utilizzati per l'emissione della fattura elettronica.