

Codice fiscale _____	Protocollo di ricevimento Spazio riservato ad uso interno	Marca da bollo non dovuta	Comune di Bussero Al Responsabile del Servizio Istruzione, Cultura e Sport
<i>Info Modulo</i> Modulo : SSC101 Data : 06/05/2019 Revisione : 00			

OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI POST SCUOLA

Scuola Infanzia – Anno Scolastico _____

Il sottoscritto :	Cognome	Nome			Sesso	Codice Fiscale
Dati di Nascita :	Data	Luogo	Provincia	Stato	Cittadinanza	
Residenza :	Indirizzo		Civico	CAP	Comune	Provincia
Contatti :	Telefono	Cellulare	Fax	E-Mail (posta elettronica ordinaria)		E-Mail PEC (posta certificata)

CHIEDE l'iscrizione al servizio di post scuola **dalle ore/alle ore** _____ ;

DATI ALUNNI:

1. Cognome _____ Nome _____ codice fiscale _____ nato/a _____ il _____ iscritto nell'a.s. _____ della scuola infanzia .
2. Cognome _____ Nome _____ codice fiscale _____ nato/a _____ il _____ iscritto nell'a.s. _____ della scuola infanzia .
3. Cognome _____ Nome _____ codice fiscale _____ nato/a _____ il _____ iscritto nell'a.s. _____ della scuola infanzia .

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa presente sul sito Comunale, contenente Regolamenti e Costi relativo al servizio di Post Scuola Infanzia.

Data: _____