



AZIENDA SPECIALE SERVIZI FARMACEUTICI
E SOCIO-SANITARI
SAN GIULIANO MILANESE



Comune di San Giuliano Milanese

Al Coordinatore dei Servizi all'Infanzia

I sottoscritti:

Padre _____ Madre _____

genitori di

Nome _____

Cognome _____

dichiarano di **accettare l'inserimento** del/la proprio/a figlio/a presso

l'Asilo Nido _____ sezione _____

TERMINE PER IL PAGAMENTO DELLE SPESE DI ISCRIZIONE: ____ / ____ / ____
(una settimana dall'accettazione dell'inserimento)

REGOLAMENTO DI GESTIONE DEL SERVIZIO

Con la presente attesto di aver letto e ricevuto copia delle Norme che regolano il servizio Asili Nido e di accettarne i contenuti per tutto il periodo di frequenza del minore.

Data ____ / ____ / ____

Firma dei genitori

