

MODULO RICHIESTA CAMBIO FASCIA
per l'anno educativo _____

- Al Servizio Istruzione
- ALL' Asilo Nido

Sede

Il/La sottoscritto/a tel/cell.

genitore del bambino/a

iscritto/a all'asilo nido

nella sala: piccoli medi grandi

con frequenza a (mettere la crocetta sulla fascia)

TEMPO PIENO			PART TIME	
FASCIA INTERA (10,5 ORE)	FASCIA INTERMEDIA (9 ORE)	FASCIA MINIMA (7,5 ORE)	PART TIME (5,5 ORE)	PART-TIME RIDOTTO (4 ORE)
<input type="checkbox"/> 7,30 – 18,00	<input type="checkbox"/> 7,30 – 16,30 <input type="checkbox"/> 9,00 – 18,00	<input type="checkbox"/> 9,00 – 16,30	<input type="checkbox"/> 7,30 – 13,00 <input type="checkbox"/> 12,30 – 18,00	<input type="checkbox"/> 9,00 – 13,00 <input type="checkbox"/> 12,30 – 16,30

CHIEDE

IL CAMBIO DI FASCIA (mettere la crocetta sulla fascia scelta)

TEMPO PIENO			PART TIME	
FASCIA INTERA (10,5 ORE)	FASCIA INTERMEDIA (9 ORE)	FASCIA MINIMA (7,5 ORE)	PART TIME (5,5 ORE)	PART-TIME RIDOTTO (4 ORE)
<input type="checkbox"/> 7,30 – 18,00	<input type="checkbox"/> 7,30 – 16,30 <input type="checkbox"/> 9,00 – 18,00	<input type="checkbox"/> 9,00 – 16,30	<input type="checkbox"/> 7,30 – 13,00 <input type="checkbox"/> 12,30 – 18,00	<input type="checkbox"/> 9,00 – 13,00 <input type="checkbox"/> 12,30 – 16,30

possibilmente a decorrere dal Mese di

per i seguenti motivi

Cordiali saluti.

Legnano, li Firma

N.B.:

La presente richiesta ha valore esclusivamente per l'anno educativo indicato nell'intestazione.

Verranno valutate dall'ufficio competente tutte le richieste pervenute entro il giorno 20 di ogni mese e solo in caso di accoglimento, il genitore riceverà conferma scritta con l'indicazione della data di decorrenza.

Firma per ricevuta:

Inviato al nido/ufficio in data:

Il dipendente addetto/educatrice

.....