Scuola dell’Infanzia Parrocchiale San Antonino Diacono Martire

Via Don Gaetano Nava n° 1 , 41014 Levizzano Rangone , Castelvetro (Mo), Tel e Fax 059 791455

MODULO per **SERVIZIO DI PRE SCUOLA**

Il/La Sottoscritto/a…………………………..…………………………………………………..

Nato/a a………………………………………………………….…il……….………………….

Residente a………………………………………………..in via ………………….n°…...…...

Genitore del minore …………………………………………………………..........................

Consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’Art. 76 D.P.R. 445/2000.

RICHIEDE IL SERVIZIO DI PRE-SCUOLA PER IL

MESE/I di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AL COSTO DI EURO 10,00 MENSILI.

Levizzano, li…………………………

Firma (padre) Firma (madre)

…………………………….. ……………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola dell’Infanzia Parrocchiale San Antonino Diacono Martire

Via Don Gaetano Nava n° 1 , 41014 Levizzano Rangone , Castelvetro (Mo), Tel e Fax 059 791455

MODULO per **SERVIZIO DI PRE SCUOLA**

Il/La Sottoscritto/a…………………………..…………………………………………………..

Nato/a a………………………………………………………….…il……….………………….

Residente a………………………………………………..in via ………………….n°…...…...

Genitore del minore …………………………………………………………..........................

Consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’Art. 76 D.P.R. 445/2000.

RICHIEDE IL SERVIZIO DI PRE-SCUOLA PER IL

MESE/I di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AL COSTO DI EURO 10,00 MENSILI.

Levizzano, li…………………………

Firma (padre) Firma (madre)

…………………………….. ……………………………….