



CITTÀ DI BAVENO
Provincia del Verbano Cusio Ossola
Asilo Nido

All'Ufficio Asilo Nido del
COMUNE DI BAVENO

Asili Nido CAMBIO ORARIO FREQUENZA

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

genitore di _____ nato/a il _____

recapito telefonico

DICHIARO

<input type="checkbox"/>	di voler modificare l'orario di frequenza di mio/a figlio/a presso il Nido, DAL MESE DI _____ DA PART -TIME A TEMPO PIENO
<input type="checkbox"/>	di voler modificare l'orario di frequenza di mio/a figlio/a presso il Nido, DAL MESE DI _____ DA TEMPO PIENO A PART -TIME
<input type="checkbox"/>	di voler modificare l'orario di frequenza di mio/a figlio/a presso il Nido, PER IL MESE DI _____ DA PART -TIME A TEMPO PIENO
<input type="checkbox"/>	di voler modificare l'orario di frequenza di mio/a figlio/a presso il Nido, PER IL MESE DI _____ DA TEMPO PIENO A PART -TIME

Baveno _____

Firma del Genitore
