



All'Azienda Speciale Consortile B02
San Giorgio del Sannio

OGGETTO: Richiesta di cambio orario di frequenza al micro nido denominato _____

I sottoscritti

(cognome e nome) _____

(cognome e nome) _____

In qualità di genitori del minore (Nome e cognome)

nato/a _____ il _____

CHIEDONO

Il cambio dell'orario di frequenza al micro nido passando:

- Dal tempo pieno al part time
- Dal part time al tempo pieno

Si allega documento di riconoscimento

Data e luogo _____

In fede

