



All'Azienda Speciale Consortile B02
San Giorgio del Sannio

OGGETTO: Sospensione temporanea della frequenza del micro nido denominato _____

I sottoscritti

(cognome e nome) _____

(cognome e nome) _____

In qualità di genitori del minore (Nome e cognome)

Nato/a _____ il _____

CHIEDONO

Una sospensione temporanea della frequenza del Micronido denominato _____,
dal _____ al _____, per le seguenti motivazioni (argomentare adeguatamente)

_____ e

DICHIARANO

Di impegnarsi a corrispondere anticipatamente la retta integrale dovuta per tutto il periodo di sospensione.

Consapevoli che, in caso di mancato pagamento, il/la bambino/a viene dismesso/a da parte dell'ASC B02.

In allegato le copie del documento di riconoscimento dei genitori

Data e luogo

In fede

