



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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_