

Asilo Nido Aziendale **IL VILLAGGIO DEI BAMBINI** Ospedale Sant'Anna

SCHEDA DI ISCRIZIONE a.s. 2021-22

I sottoscritti.....

Residenti a..... in via..... Prov.

Nella loro qualità di genitori del bambino/a

Nato/a il..... a.....prov..... Codice fiscale del minore:.....

Recapiti telefonici

Dichiarano

- di essere ambedue dipendenti dell'Azienda Ospedaliera e in attività presso il nuovo presidio Osp. S. Anna
- che un genitore _____ (specificare le generalità) è dipendente dell'Azienda Ospedaliera e in attività presso il nuovo presidio ospedaliero S. Anna
- che un genitore _____ (specificare le generalità) è dipendente dell'Azienda Ospedaliera e in attività presso sedi ubicate nel territorio di Como
- che un genitore _____ (specificare le generalità) è dipendente dell'Azienda Ospedaliera e in attività presso sedi ubicate nella provincia di Como

(allegare lo stato di servizio e, se necessario, autocertificazione attestante la data di ripresa lavorativa)

Domandano

che il proprio figlio/a venga ammesso/a all'asilo nido con decorrenza dal mese di..... con il modulo orario sotto indicato.

Dichiarano di aver preso visione del regolamento e di accettarlo; e si impegnano a pagare la tassa di iscrizione (50.25€ + IVA5%) ed a pagare mensilmente in via anticipata la retta di frequenza ed il costo relativo ai pasti.

MODULO TEMPO PIENO 7.00-17.00	<input type="checkbox"/> dal lunedì al venerdì <input type="checkbox"/> dal lunedì al sabato l'iscrizione è annuale e vincolante per l'intero anno scolastico (settembre- agosto) <input type="checkbox"/> servizio di pre nido 6.00-7.00 (iscrizione annuale) <input type="checkbox"/> servizio di post nido 17.00—20.00 (iscrizione annuale)
MODULO PART TIME MATTINO (max 5 ore)	<input type="checkbox"/> Orario dalle _____ alle _____ indicare l'orario scelto nella fascia oraria dalle 6.00 alle 14.00
MODULO PART TIME POMERIGGIO (max 5 ore)	<input type="checkbox"/> Orario dalle _____ alle _____ indicare l'orario scelto nella fascia oraria dalle 13.30 e le 20.00
PACCHETTO 150 ORE in caso di mancata copertura di tutti i posti (max 6 ore die)	<input type="checkbox"/> da fruirsi in 40 giorni consecutivi (dal lunedì al venerdì) in orario compreso fra le 7.00 e le 17.00
ORE AGGIUNTIVE (FLESSIBILITA' ORARIA)	<input type="checkbox"/> ore da aggiungere alla fascia oraria scelta in forma non continuativa (non utilizzabile per i servizi di pre e post)

Firma _____

Data _____