****COMUNE DI SANTA VITTORIA D’ALBA**

**MODULO DI PRE-ADESIONE AL MICRONIDO COMUNALE DI SANTA VITTORIA D’ALBA**

**da inviare a: ufficiosegreteria@comunedisantavittoriadalba.it**

*La compilazione di tale modulo non è in alcun caso vincolante per le famiglie, si configura pertanto come la manifestazione di un interesse ad avere maggiori informazioni sul servizio.*

* **Cognome e nome del GENITORE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **RESIDENTE a:**

🞎 **SANTA VITTORIA D’ALBA - Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Oppure a:*

🞎  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Cognome e nome del BAMBINO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nato il** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Età del bambino al momento dell’inserimento al micro nido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Periodo di inserimento (Crocettare il periodo di interesse)
* ottobre 2025 🞎
* novembre 2025 🞎
* gennaio 2026 🞎
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tempo di frequenza ipotetico: L’orario è ancora in via di definizione
* PART TIME MATTINO: 07:30-13.00 🞎
* PART TIME POMERIGGIO: 13.00-18.00 🞎
* TEMPO PIENO: 07:30-18.00 🞎

EVENTUALI RICHIESTE SPECIFICHE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data Firma*