



**COMUNE DI MONTE MARENZO**  
MODULO DI ISCRIZIONE AL CENTRO PRIMA INFANZIA

Data di presentazione \_\_\_\_\_ Domanda n \_\_\_\_\_

**RICHIEDENTE**

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
TEL.	

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CENTRO PRIMA INFANZIA DEL COMUNE DI MONTE MARENZO (LC) PER IL/LA FIGLIO/A**

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	

**PER IL PERIODO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_.**

VERSA A TITOLO CAUZIONALE LA SOMMA DI € 30.00 PER LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL CENTRO PRIMA INFANZIA "LIQUIRIZIA". SUDDETTA SOMMA VERRA' DETTRATTA DALLA PRIMA RETTA.

SI IMPEGNA A CONFERMARE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL CENTRO PRIMA INFANZIA VERSANDO LA SOMMA ENTRO E NON OLTRE IL 15 DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI FREQUENZA:

***IL SOTTOSCRITTO dichiara altresì di essere a conoscenza che:***

- a) di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 e successive modifiche ed integrazioni che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Monte Marenzo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)