

AL SIG. SINDACO

DEL COMUNE DI PREDOSA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A GENITORE DI _____

NATO A _____ IL _____ RESIDENTE IN PREDOSA CON LA _____

PRESENTE DICHIARO CHE MIO FIGLIO/A FREQUENTA IL MICRONIDO DI PREDOSA "IL CASTELLO DEI BIMBI:

- TEMPO PIENO
- TEMPO PARZIALE

RICHIEDO PERTANTO L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO COMUNALE CON ACCREDITO SUL SEGUENTE IBAN: _____

SONO CONSAPEVOLE CHE IL PAGAMENTO AVVERRÀ ENTRO IL 31/12 PER I MESI DA SETTEMBRE A DICEMBRE, ENTRO IL 31/05 PER I MESI DA GENNAIO AD APRILE ED ENTRO 31/08 PER I MESI DA MAGGIO A LUGLIO, PREVIA VERIFICA DELLA FREQUENZA E REGOLARITÀ DEL PAGAMENTO DELLE RETTE.

DATA _____

IL GENITORE
