



Amministrazione destinataria

Comune di Lissone

Ufficio destinatario

Politiche per l'infanzia

Domanda di iscrizione al servizio di post-nido

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

del bambino/a

Cognome		Nome		Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		

iscritto all'asilo nido comunale Tiglio

Sezione

CHIEDE

di usufruire del servizio post-nido (dalle ore 16:00 alle ore 18:00)

dal

Data di inizio del servizio

con frequenza

Frequenza

un giorno alla settimana

Giorno della settimana

due giorni alla settimana

Giorni della settimana

tutta la settimana

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | dichiarazione del datore di lavoro con indicazione se part-time o tempo pieno e orari di lavoro |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Lissone

Luogo

Data

Il dichiarante