RICHIESTA TEMPO PROLUNGATO allegato B

Con la presente i sottoscritti ………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………

Genitori di………………………………………………………………

Iscritto nella sezione della maestra…………………………….

**Chiedono di poter iscrivere il proprio/a figlio/a al servizio di tempo prolungato**

Per le proprie esigenze familiari scelgono la fascia oraria:

* 16.00/17.00 □ al costo di € 35,00 mensili
* 16.00/18.00 □ al costo di € 70,00 mensili
* Confermiamo di aver preso visione del Regolamento del servizio
* Ci impegniamo a rispettare quanto stabilito dal Regolamento

Camposampiero…………………………………

 Firma……………………………………..

 Firma…………………………………….