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:

* + - * 15.45/16.00 □ al costo di € 10,00 mensili ( opzione esclusiva delle sez. dei piccoli)
* 16.00/17.00 □ al costo di € 50,00 mensili
* 16.00/18.00 □ al costo di € 80,00 mensili

**N.B. Il costo NON SUBIRA’ RIDUZIONI qualora il/la bambino/a non usufruisca del servizio per tutti i giorni della settimana.**

**Si chiede che la famiglia personalmente ( NON rientra nel RID) esegua in pagamento entro IL 10 DI OGNI MESE.**

* Confermiamo di aver preso visione del Regolamento del servizio
* Ci impegniamo a rispettare quanto stabilito dal Regolamento

Camposampiero…………………………………

Firma……………………………………..

Firma…………………………………….