



FONDAZIONE SCUOLA MATERNA  
"P. CISMONDI"  
VIA ROMA, 77 – RONCADELLE  
Tel. / Fax. 030.2780107  
www.infanziacismondi.it  
amministrazione@infanziacismondi.it  
coordinatrice@infanziacismondi.it

### SERVIZIO DI ANTICIPO/POSTICIPO

- I TRANCE (settembre-dicembre)
- II TRANCE (gennaio-giugno)

I sottoscritti .....  
genitori del bambino/a .....  
iscritto/a e frequentante la scuola dell'infanzia "P. Cismondi",

### CHIEDONO

di poter usufruire per l'anno scolastico ..... del servizio di:

- ANTICIPO 7:30-8:30
- POSTICIPO 16:00-17:00
- ANTICIPO E POSTICIPO 7:30-8:30/16:00-17:00
- POSTICIPO 16:00-17:30
- ANTICIPO E POSTICIPO 7:30-8:30/16:00-17:30

Per motivi di LAVORO

### Attenzione:

- La quota mensile del servizio richiesto va versata per intero, indipendentemente dalla frequenza dell'uso.
- La quota mensile del servizio richiesto, dal momento in cui lo si attiva, va versata per l'intero periodo richiesto, indipendentemente dalla frequenza dell'uso.
- Allegare autocertificazione attestante gli orari di lavoro di entrambi i genitori per eventuale graduatoria, dato che i posti sono limitati.

Data .....

Firma della mamma .....

Firma del papà .....

Io sottoscritto.....genitore del bambino/a  
.....

Dichiaro

che i miei orari di lavoro sono i seguenti:

Orario di lavoro dalle ..... alle .....

Luogo di lavoro.....

Roncadelle, ..... Firma .....

Io sottoscritto.....genitore del bambino/a  
.....

Dichiaro

che i miei orari di lavoro sono i seguenti:

Orario di lavoro dalle ..... alle .....

Luogo di lavoro.....

Roncadelle, ..... Firma .....