AL RESPONSABILE DEL
SERVIZIO PUBBLICA ISTRUZIONE
COMUNE DI MIRANO
- Fax n. 041.57.98.329
- Mail: protocollo.comune.mirano.ve@pecveneto.it

OGGETTO: RICHIESTA RIDUZIONE RETTA ASILO NIDO "L'AQUILONE"
Anno Scolastico _____

Il / La sottoscritto/a _____ residente a Mirano (VE) in via _____ n. _____ tel. _____ codice fiscale _____, mail _____ genitore di _____ iscritto/a presso l'Asilo Nido "L'Aquilone":

- ❑ sezione tempo pieno
- ❑ sezione part time,

CHIEDE

la riduzione della retta mensile di frequenza del/la proprio/a figlio/a per l'a.s. _____

E DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità **(**ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000), che il proprio **I.S.E.E. è come da allegata certificazione.**

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento di dati, ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003, che pertanto potranno essere raccolti, archiviati, registrati ed elaborati tramite supporti informatici e cartacei, nonché comunicati agli Enti pubblici con cui questo Ente ha rapporti.

Distinti saluti.

DATA _____

FIRMA

_____