

Solnidò Srl

Sede Legale ed operativa: Viale della Repubblica 4, Fontane di Villorba (TV)

Tel. 3273631931 - email: infosolnido.it

Partita Iva: 04475270262



ISCRIZIONE ANNO 20__-20__

DATI BAMBINO (ALLEGARE COPIA DEL CODICE FISCALE)

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENTE NEL COMUNE DI

VIA
CAP

PROVINCIA

N.

DATI DEI GENITORI (ALLEGARE COPIA DOCUMENTI DI IDENTITA')

NOME E COGNOME MAMMA

CODICE FISCALE

NATA A

IL

TELEFONO

EVENTUALE ALTRO RECAPITO

MAIL

NOME E COGNOME PAPA'

CODICE FISCALE

NATO A

IL

TELEFONO

EVENTUALE ALTRO RECAPITO

MAIL

DATI DELL'INTESTATARIO DELLA FATTURA

NOME E COGNOME

CODICE FISCALE

RESIDENTE NEL COMUNE DI

VIA
CAP

PROVINCIA

N.

RICHIESTA CONTRIBUTI (SEGNARE CON UNA CROCETTA)

BONUS NIDO

CONTRIBUTI COMUNALI

QUOTA DI ISCRIZIONE DI € 120,00 (ALLEGARE DISTINTA DI BONIFICO)

Solnido Srl

Sede Legale ed operativa: Viale della Repubblica 4, Fontane di Villorba (TV)

Tel. 3273631931 - email: infosolnido.it

Partita Iva: 04475270262

INSERIMENTO PREVISTO PER IL MESE DI _____

FREQUENZA DAL MESE DI SETTEMBRE AL MESE DI GIUGNO INCLUSI

Le rette sono comprensive di pasti, pannolini, laboratori di Psicomotricità, Musica e Inglese.

ORARIO GIORNALIERO (SEGNARE CON UNA CROCETTA)

TEMPO PARZIALE MATTUTINO (DALLE 8.00 ALLE 13.00) __ € 4.500 (PAGABILE IN 10 RATE DA € 450)

TEMPO PROLUNGATO (DALLE 8.00 ALLE 17.00) __ € 6.000 (PAGABILE IN 10 RATE DA € 600)

TEMPO PARZIALE POMERIDIANO (DALLE 13.00 ALLE 17) __ € 3.500 (PAGABILE IN 10 RATE DA € 350)

ANTICIPO DALLE 7.30 ALLE 8.00 (SEGNARE CON UNA CROCETTA SE INTERESSATI, NON COMPORTA MODIFICHE ALLA RETTA)

SI

NO

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE

Il genitore dichiara di:

- aver preso visione e di accettare TUTTE le condizioni descritte nel Regolamento della Struttura (che allega firmato in ogni sua pagina)
- di essere a conoscenza dell'obbligo di vaccinazione e di allegare apposita documentazione attestante
- di aver preso visione dell'informativa privacy e di allegare il consenso sottoscritto
- di ESSERE A CONOSCENZA E DI ACCETTARE il protocollo sanitario applicato alla struttura.

INTESTAZIONE DI VERSAMENTO :

BANCA UNICREDIT DI VILLORBA

CODICE IBAN IT 35Z0200862180000101666018

Intestato a MICRONIDO SOLNIDO' SRL

Causale: RATA MESE DI..... PER....(indicando il nome e cognome della / del bambina/o)

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

MAMMA (O DI CHI NE FA LE VECI) _____

PAPA' (O DI CHI NE FA LE VECI) _____