

RICHIESTA VARIAZIONE PERSONA PAGANTE

Anno Educativo _____

P.O. Attività Amministrativa

Servizio Asili nido

Firenze

il sottoscritto (padre) _____

la sottoscritta (madre) _____

del/la bambino/a _____

che frequenta il nido/centro gioco _____

CHIEDONO

di poter variare la persona pagante da _____

a _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

indirizzo: residenza domicilio

Via/Piazza _____

cap _____ città _____

Firenze, _____

Firma (padre)

Firma (madre)

Il presente modulo può essere:

- inviato per FAX al n. 055 2625619
- inviato per e-mail all'indirizzo di posta elettronica: pagamenti.asilinido@comune.fi.it
- consegnato all'Ufficio Pagamenti del Servizio Asili nido, Via Nicolodi 2 – II° piano – stanza 65