

# RINUNCIA POSTO ASSEGNATO

Anno educativo .....

Al/Alla Dirigente del Servizio Servizi all'Infanzia  
Al/Alla P.O. Attività Amministrativa Asili Nido

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/trice del/della bambino/a \_\_\_\_\_

Ammesso/a al Nido d'infanzia/Spazio Gioco \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Di voler **rinunciare al posto assegnato e a tutti i Servizi educativi** a gestione comunale diretta e indiretta richiesti

**N.B.**: Il bambino sarà cancellato dalla graduatoria dei servizi educativi 0-3 anni comunali a gestione diretta e indiretta per l'anno educativo 2017-2018. Resta utilmente in graduatoria ai soli fini dell'eventuale attribuzione del contributo economico per la frequenza di una struttura privata accreditata come previsto dalla D.D. 2017/02178.

Di voler rinunciare al posto assegnato chiedendo di **rimanere in lista di attesa** per i seguenti Nidi/Spazi gioco che erano già stati indicati nella domanda di iscrizione: (solo in caso di **rinuncia ad una delle scelte indicate nella domanda di iscrizione dalla n.3 alla n. 5**)

### STRUTTURE EDUCATIVE A GESTIONE COMUNALE DIRETTA O INDIRETTA PER LE QUALI SI CHIEDE DI RIMANERE IN LISTA DI ATTESA (solo in caso di rinuncia ad una delle scelte indicate in domanda di iscrizione dalla n. 3 alla n. 5)

1. Nido/SpazioGioco \_\_\_\_\_

2. Nido/Spazio Gioco \_\_\_\_\_

3. Nido/Spazio Gioco \_\_\_\_\_

4. Nido/SpazioGioco \_\_\_\_\_

5. Nido/SpazioGioco \_\_\_\_\_

Firenze, li \_\_\_\_\_ Firma (*leggibile*) \_\_\_\_\_

Le informazioni rese e relative a stati, fatti e qualità personali, saranno trattate e utilizzate dall'Amministrazione Comunale, nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. 196/2003). In ogni caso potranno essere esercitati i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.

Il presente modulo può essere:

- **inviato per e-mail** a [utenza.asilinido@comune.fi.it](mailto:utenza.asilinido@comune.fi.it) unitamente a fotocopia scannerizzata di un **valido documento di riconoscimento** della/e persona/e firmataria/e o **tramite fax** al numero 055 2625053
- **consegnato personalmente** dal richiedente e sottoscritto in presenza del/della dipendente della P.O. Attività Amministrativa Asili Nido (Via Nicolodi n. 2 piano secondo) o presentato già firmato con fotocopia di un **valido documento di riconoscimento** della/e persona/e firmataria/e nei seguenti orari: lunedì 9.00 -13.00, martedì e giovedì 9.00-13.00 e 15.00-17.00.

### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

In relazione alla presente dichiarazione attesto che:

- il/la dichiarante sig./sig.ra \_\_\_\_\_, di cui ho accertato l'identità, ha sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione;

Li \_\_\_\_\_  
(Firma del/della dipendente che riceve la documentazione)

