

RICHIESTA VARIAZIONE PERSONA PAGANTE

Anno Educativo _____

*Alla Dirigente dei Servizi all'Infanzia
Alla P.O. Attività Amministrativa Asili Nido*

Il sottoscritto (padre) _____

La sottoscritta (madre) _____

del/la bambino/a _____

che frequenta il nido/spazio gioco _____

CHIEDONO

di poter variare la persona pagante da _____

a _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

indirizzo per recapito bollettini: residenza domicilio

Via/Piazza _____

cap _____ città _____

Firenze, _____

Firma (padre)

Firma (madre)

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 lei potrà esercitare 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 pagamenti.asilinido@comune.fi.it unitamente a copia fotostatica o scannerizzata di un documento di identità valido della persona firmataria o **tramite fax** al n. 055 2625619;
- **consegnato personalmente** dal richiedente e sottoscritto in presenza del/della dipendente della P.O. Attività Amministrativa Asili Nido (Via Nicolodi n. 2 piano secondo stanza n. 64) o presentato già firmato da terza persona unitamente a copia fotostatica di un documento di identità valido della persona firmataria nei seguenti orari: lunedì, 8.30 / 13.00 - martedì e giovedì 9,00/13,00 15,00/17.00.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

In relazione alla presente dichiarazione attesto che:

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

ì, _____

(Firma del/della dipendente che riceve la documentazione)

