

Il/La sottoscritto/agenitore / esercente
la patria potestà del/la bambino/a
nato/a a il

COMUNICA di

☐ **ACCETTARE**

☐ **RINUNCIARE**

per l'a.s. 2015/2016 all'assegnazione del posto presso la scuola dell'INFANZIA

☐ VOLPICELLI

☐ BACHELET

☐ Tempo Normale

☐ Tempo Breve

Roma,

.....
FIRMA (1)

(1) Se il modulo viene inviato per fax o per posta elettronica è necessario allegare la fotocopia del documento di riconoscimento del genitore firmatario .

Accettazione/Rinuncia posto scuola dell'infanzia.