

RICHIESTA ATTESTAZIONE PAGAMENTO RETTE ASILO NIDO

Al Direttore
Azienda Consortile Agrosolidale
Via M. Pittoni 1
Pagani (SA)

Il/la sottoscritto/a (padre o madre) _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ C.F. _____

indirizzo mail (obbligatorio) _____

genitore del bambino (nome e cognome) _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ frequentante l'asilo nido del Comune di _____

CHIEDE

Il rilascio dell'attestazione di pagamento ai sensi dell'art.15 comma 1, lettera e bis del DPR 917/1986 relativa alle rette di frequenza all'asilo nido Comunale per l'anno _____ come di seguito indicato:

- ASILO NIDO COMUNALE – PERIODO _____

Luogo e data

In fede

*La richiesta deve essere presentata dall'intestatario dei pagamenti.
Allegare Marca da Bollo di € 2,00 per ritiro attestazione.*