



COMUNE DI TORRE D'ISOLA

**MODULO CAMBIO FASCIA DI FREQUENZA  
ASILO NIDO COMUNALE**



I SOTTOSCRITTI 1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

**Genitori DEL/LA BAMBINO/A**

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

**FREQUENTANTE IL NIDO COMUNALE "TIPI VISPI" DI TORRE D'ISOLA**

**CHIEDONO IL CAMBIO FASCIA DI FREQUENZA**

DA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

A DECORRERE DAL MESE DI \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

**PER LA SEGUENTE**

MOTIVAZIONE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Firma dei genitori (o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

La richiesta di CAMBIO FREQUENZA in corso d'anno deve essere presentata alla coordinatrice del servizio **entro il 15 del mese precedente a quello della modifica** inviando il presente modulo via mail a [nidotipivispi@pedagogia.it](mailto:nidotipivispi@pedagogia.it)