



VERSAMENTO D' ISCRIZIONE PER  
L'ANNO 2024/2025

Il sottoscritto/a Cognome e Nome del genitore) \_\_\_\_\_

PER L'ISCRIZIONE DI MIO/A FIGLIA/O \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CELL.\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_

Verso al Micronido Arcobaleno **€. 100,00** annuali

Nel costo di iscrizione è compresa anche la polizza assicurativa a copertura di danni e infortuni di ciascun bambino all'interno del Micronido

**QUOTA NON RIMBORSABILE.**

SCELGO IL SERVIZIO: (mettere una crocetta sul servizio desiderato)

**Part-time mattutino 7,30-13,30**

**Part-time pomeridiano 7,30-15,30**

**Servizio di Post scuola 07,30-17,30**

Attraverso bonifico bancario alle seguenti coordinate:

intestatario: Micronido Arcobaleno srls

Banca: Banco di Sardegna a Nuoro

IBAN: IT03S0101517304000070856074

Causale del versamento: iscrizione nido anno 2024-2025 cognome e nome del bambino/a

*Con la presente autorizzo il Micronido Arcobaleno al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali*

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA\_DEL GENITORE 1\_\_\_\_\_

FIRMA\_DEL GENITORE 2\_\_\_\_\_