



**MODULO DI PRE-ADESIONE AL MICRONIDO COMUNALE DI SANTA VITTORIA D'ALBA**

da inviare a: [ufficiosegreteria@comunedisantavittoriadalba.it](mailto:ufficiosegreteria@comunedisantavittoriadalba.it)

La compilazione di tale modulo non è in alcun caso vincolante per le famiglie, si configura pertanto come la manifestazione di un interesse ad avere maggiori informazioni sul servizio.

- **Cognome e nome del GENITORE:** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE a:**

- SANTA VITTORIA D'ALBA** - Via \_\_\_\_\_

Oppure a:

- \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

**Mail:** \_\_\_\_\_

- **Cognome e nome del BAMBINO:** \_\_\_\_\_

**Nato il** \_\_\_\_\_

- **Età del bambino al momento dell'inserimento al micro nido:** \_\_\_\_\_

- **Periodo di inserimento (Crocettare il periodo di interesse)**

- ottobre 2025

- novembre 2025

- gennaio 2026

- \_\_\_\_\_

- **Tempo di frequenza ipotetico: L'orario è ancora in via di definizione**

- PART TIME MATTINO: 07:30-13.00

- PART TIME POMERIGGIO: 13.00-18.00

- TEMPO PIENO: 07:30-18.00

EVENTUALI RICHIESTE SPECIFICHE:

\_\_\_\_\_

Data

Firma