DOMANDA DI ISCRIZIONE AI NIDI D'INFANZIA COMUNALI DEL COMUNE DI MEDICINA – DICHIARAZIONE ATTESTANTE CHE LA RICHIESTA DI ISCRIZIONE E LA SCELTA DEI NIDI E' CONDIVISA DA ENTRAMBI I GENITORI

Noi sottoscritti:

- …….. ……
  (cognome) (nome)
- …….. ……..
  (cognome) (nome)

genitori del bambino/a ……..

dichiariamo che alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di responsabilità genitoriale (art. 316, 337ter, 337 quater), la richiesta di iscrizione e la scelta del nido è condivisa da entrambi i genitori

Dichiarazione resa, confermata e sottoscritta.

Medicina lì _____

Firma del genitore_____

Firma del genitore_____

Allegare fotocopia del documento di identità di entrambi i genitori