

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI NIDI D'INFANZIA COMUNALI DEL
COMUNE DI MEDICINA – ANNO EDUCATIVO 2024/2025
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