



Città di Pescara
Medaglia d'oro al Merito Civile

Settore Politiche per il Cittadino e Sistema Educativo

**MODULO RIDUZIONE RETTA
ASSENZA PER PROLUNGATA MALATTIA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A NATO/A.....

IL..... GENITORE DEL/LA BAMBINO/A..... CHE FREQUENTA IL NIDO
D'INFANZIA..... DI VIA.....

DICHIARA

DI EFFETTUARE IL PAGAMENTO DELLA RETTA MENSILE DI €....., CON DECURTAZIONE
PARI AL 30% A CAUSA DELL'ASSENZA PROLUNGATA PER MALATTIA (18 GG. CONSECUTIVI,
FESTIVITÀ COMPRESI) DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A, A DECORRERE DAL GIORNO.....
FINO AL GIORNO.....AI SENSI DELL'ART. 25 COMMA 5 DEL REGOLAMENTO DEI NIDI
D'INFANZIA.

IN FEDE.

FIRMA