

MODULO DI RICHIESTA RIDUZIONI

Anno educativo 2024/2025

Il/La sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____, residente a
_____ in via/p.zza _____ n° _____, in
qualità di genitore/tutore/tutrice del/la bambino/a: _____
iscritto/a presso l'asilo nido _____;

CHIEDE

in attuazione delle vigenti **Deliberazioni comunali in materia**

La seguente riduzione della retta del nido a del proprio figlio/a per l'assenza dall'asilo nido dal
_____ al _____;

- La riduzione del 25%** sulla retta del mese successivo a quello del rientro in caso di assenza per malattia o infortunio occorso durante la frequenza del servizio per almeno 15 giorni consecutivi;
- La riduzione del 50%** sulla retta del mese successivo a quello del rientro in caso di assenza per malattia o infortunio occorso durante la frequenza del servizio per almeno 30 giorni consecutivi;

ALLEGA

a tale scopo il **certificato medico con la prognosi per l'intero periodo di assenza.**

Attenzione:

Il presente modulo deve essere inviato per e-mail a servizieducativi@comune.scandicci.fi.it unitamente a un documento d'identità valido del/della firmatario/a **entro il mese successivo al rientro presso l'asilo nido frequentato.**

Scandicci, il _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016, i dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità correlate alla gestione dei Servizi Educativi del Comune di Scandicci. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti tenuti alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati. Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà visitare il sito www.comune.scandicci.fi.it accedendo alla sezione privacy.