



**CITTÀ DI ALESSANDRIA**

**Settore Affari Istituzionali e Generali, Cultura, Educazione, Turismo e Marketing Territoriale, Eventi e Manifestazioni**

**Servizio Politiche Educative, Nidi, Università e Politiche Giovanili**

Al Comune di Alessandria  
Settore Affari Istituzionali e Generali, Cultura,  
Educazione, Turismo e Marketing Territoriale,  
Eventi e Manifestazioni  
Via S. Giovanni Bosco, 53 - 15121 AL

**Richiesta riduzione retta mensile per l'assenza certificata per motivi di salute.**

**Servizio di Nido d'Infanzia Anno scolastico 2024/2025**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ tel.cell. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del/la minore \_\_\_\_\_

frequentante l'asilo nido \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la riduzione del \_\_\_\_\_% sulla retta del mese di \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ giorni di assenza, certificata per motivi di salute, dal Servizio di

Nido d'Infanzia nel mese di \_\_\_\_\_

A tal fine si allega certificato medico rilasciato da un pediatra dell'ASL AL e copia della

ricevuta di pagamento del mese di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

=====

**Parte riservata all'Ufficio:**

Mese \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ - riduz. 10% € \_\_\_\_\_ = Retta ridotta € \_\_\_\_\_

Mese di \_\_\_\_\_

Mese \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ - riduz. 30% € \_\_\_\_\_ = Retta ridotta € \_\_\_\_\_

Mese di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_