



## MODULO RICHIESTE/COMUNICAZIONI STANDARD

ALLA DIREZIONE S.P.E.S.  
Via Ognissanti, 70  
35129 PADOVA

<b>Oggetto</b> (barrare la voce interessata)	<input type="checkbox"/> (A) Richiesta certificazione	<input type="checkbox"/> (B) Richiesta rimborso malattia (per i bambini frequentanti il nido)	<input type="checkbox"/> (C) Richiesta modifiche orario
	<input type="checkbox"/> (D) Comunicazione ritiro	<input type="checkbox"/> (E) Comunicazione cambio di residenza	<input type="checkbox"/> (F) altre richieste

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore (o chi ne fa le veci) del bambino  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente in via \_\_\_\_\_ nel comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ nella sezione \_\_\_\_\_

Nido ( part time  full time)     Scuola d'infanzia     Scuola primaria  
 frequentante dal giorno \_\_\_\_\_ dell'anno scolastico in corso     non ancora inserito  
 in convenzione con \_\_\_\_\_ genitore dipendente

### CHIEDE

(A) Il rilascio di un certificato di frequenza del proprio figlio/a per l'Anno Scolastico \_\_\_\_\_  
per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ da ritirare presso (scuola, fax, ecc.) \_\_\_\_\_

(B) Il rimborso per l'assenza dovuta a malattia del proprio figlio/a nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ compresi.  
Allega certificato medico in originale con indicazione della diagnosi e relativa prognosi\* .

(C) Di modificare l'orario di frequenza del bambino/a :  
 Da part time a full time     Prolungamento dell'orario dalle 16.00 alle 18.00 per l'anno scolastico in corso  
 Prolungamento dell'orario dalle 16.00 alle 18.00 dal mese di \_\_\_\_\_ al termine dell'anno scolastico.  
 Altre richieste:

### COMUNICA

(D) Che il proprio/a figlio/a verrà ritirato definitivamente a partire dalla data \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(E) Che il proprio/a figlio/a prenderà nuova residenza in via \_\_\_\_\_  
comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ a partire dalla data \_\_\_\_\_

(F) Altre richieste:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore (o chi ne fa le veci) \_\_\_\_\_

### Riservato alla Coordinatrice

Note:	N. PROG.
-------	----------

Data \_\_\_\_\_ Firma della Coordinatrice \_\_\_\_\_

#### \* N.B

- \* È previsto il rimborso sulla retta giornaliera per malattie superiori ai 15 giorni consecutivi (dal conteggio vanno esclusi i sabati, le domeniche e i festivi intercorsi), a partire dal 16° giorno scolastico.
- \* Non saranno accolte certificazioni rilasciate a sanatoria (cioè certificati rilasciati alla fine della malattia)
- \* Il rimborso è subordinato alla tempestiva presentazione del certificato medico in originale.
- \* Per le assenze del mese di Giugno i certificati medici dovranno essere consegnati o spediti direttamente agli Uffici Amministrativi (S.P.E.S. – via Ognissanti, 70 – 35129 Padova) entro 5 giorni dalla data di rilascio.