



**Azienda Sanitaria Ospedaliera
S.Croce e Carle-Cuneo**



VITA Cooperativa Sociale ONLUS
Servizi alla persona e animazione sociale

IL SOTTOSCRITTO _____ GENITORE DI _____

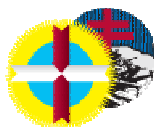
NATO IL _____

CHIEDE DI FREQUENTARE *IL MICRONIDO AZIENDALE ASO TATACLO'* PER LA

- **1 SETTIMANA : dal dal 4 al 8 agosto**
- **2 SETTIMANA : dall' 11 al 14 agosto**
- **3 SETTIMANA : dal 18 al 22 agosto**

Data _____

Firma _____



**Azienda Sanitaria Ospedaliera
S.Croce e Carle-Cuneo**



VITA Cooperativa Sociale ONLUS
Servizi alla persona e animazione sociale

IL SOTTOSCRITTO _____ GENITORE DI _____

NATO IL _____

CHIEDE DI FREQUENTARE *IL MICRONIDO AZIENDALE ASO TATACLO'* PER LA

- **1 SETTIMANA : dal dal 4 al 8 agosto**
- **2 SETTIMANA : dall' 11 al 14 agosto**
- **3 SETTIMANA : dal 18 al 22 agosto**

Data _____

Firma _____