



Città di Bollate

Provincia di Milano

Area Servizi Sociali
Servizi Prima Infanzia

Bollate,

À Repartição Serviços Primeira Infância
do *MUNICÍPIO DE BOLLATE*

All'Ufficio Servizi Prima Infanzia
del *COMUNE DI BOLLATE*

OBJETO: Solicitação de admissão ao curso de “MASSAGEM INFANTIL”
OGGETTO: Domanda di ammissione al corso di “MASSAGGIO INFANTILE”

Eu, abaixo-assinado

Io sottoscritto/a

solicito a inscrição ao curso de “MASSAGEM INFANTIL” do par:

chiedo l'iscrizione al corso di “MASSAGGIO INFANTILE” della coppia:

- criança:

bambino:

nome

sobrenome

nome *cognome*.....

data de nascimento

data di nascita

Residência:

Residenza:

rua

localidade

via *località*.....

n° telefônico

n° telefonico

Nacionalidade mãe

pai

Nazionalità madre.....*padre*



Città di Bollate

Provincia di Milano

Area Servizi Sociali
Servizi Prima Infanzia

- adulto:
adulto:

nome sobrenome
nome cognome.....

grau de parentesco
parentela

freqüência junto à sede de **Momenti Insieme (Momentos Juntos)** Via Trieste 32
*frequenza presso la sede di **Momenti Insieme** Via Trieste 32*

freqüência junto à sede de **Giocotanto** Via Madonna 10
*frequenza presso la sede di **Giocotanto** Via Madonna 10*

Dou fé
In fede

.....