



Città di Bollate

Provincia di Milano

Area Servizi Sociali
Servizi Prima Infanzia

Bollate,

A la Oficina de Servicios para la Primera
Infancia de la MUNICIPALIDAD DE
BOLLATE

All'Ufficio Servizi Prima Infanzia
del COMUNE DI BOLLATE

REFERENCIA: Solicitud de admisión al curso de "MASAJE INFANTIL"
OGGETTO: Domanda di ammissione al corso di "MASSAGGIO INFANTILE"

El suscripto/a
Io sottoscritto/a

Solicita la inscripción al curso de "MASAJE INFANTIL" de la pareja:
chiedo l'iscrizione al corso di "MASSAGGIO INFANTILE" della coppia:

- niño:
bambino:

nombre
nome
apellido
cognome.....

fecha de nacimiento
data di nascita

Residencia:
Residenza:
calle
via
localidad
località.....

n° telefónico
n° telefonico

Nacionalidad de la madre
Nazionalità madre.....
del padre
padre



Città di Bollate

Provincia di Milano

Area Servizi Sociali
Servizi Prima Infanzia

- adulto:
adulto:

nombre apellido
nome *cognome*.....

parentela
parentela

frecuencia en la sede de **Momenti Insieme** (Momentos en Compañía)
Via Trieste 32

*frequenza presso la sede di **Momenti Insieme** Via Trieste 32*

frecuencia en la sede de **Giocotanto** (Juego mucho) in Via Madonna 10

*frequenza presso la sede di **Giocotanto** Via Madonna 10*

Doy fe
In fede

.....