



Comune di Padova
Settore Servizi Scolastici

RICHIESTA RIDUZIONE RETTA ASILO NIDO PER MALATTIA

Il sottoscritto
telefono.....mail.....
genitore dinato/a il
frequentante l'Asilo Nidoa.s.....

CHIEDE

La riduzione della retta del nido a del proprio figlio/a per l'assenza dall'asilo nido
dal.....al.....

Allega a tale scopo il **certificato medico con la prognosi per l'intero periodo di assenza.**

Le riduzioni previste sono le seguenti:

- **La riduzione del 75%** sulla retta del mese successivo a quello del rientro in caso di assenza per malattia o altri motivi giustificati dalle 3 alle 4 settimane consecutive.
- **La riduzione del 100%** sulla retta del mese successivo a quello del rientro in caso di assenza per malattia o altri motivi giustificati per un periodo superiore alle 4 settimane e fino a 6 settimane consecutive.
- **La riduzione del 100%** sulla retta del mese successivo a quello del rientro in caso di assenza per malattia o altri motivi giustificati e del **40%** su quella successiva per assenza superiore alle 6 settimane consecutive.

Attenzione: Il rientro del bambino, anche per un solo giorno, all'asilo nido interrompe il termine utile per ottenere la riduzione della retta.

Padova _____

Firma del genitore _____

Da trasmettere Bilancio, Controllo di Gestione, Rette Asili Nido
via mail: rettenidi@comune.padova.it