



**AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI**  
*Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio*  
Sede legale e Operativa: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)  
**Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299**

Mail: [segreteria@aziendasocialeclv.it](mailto:segreteria@aziendasocialeclv.it); PEC: [asclv@pec.aziendasocialeclv.it](mailto:asclv@pec.aziendasocialeclv.it)  
**P.I. 02945720130**

---

<b>DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLO SPAZIO BAMBINO DI PORLEZZA</b>
--

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

**genitore di** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**CHIEDO L'ISCRIZIONE**

di mio figlio/a allo **Spazio Bambino di Porlezza** per l'anno scolastico 2024/25, secondo la frequenza di seguito indicata (mettere un X sui giorni scelti)

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
--------	---------	-----------	---------	---------

Data.....

Firma.....