SERVIZIO BABY SITTING A DOMICILIO

Modulo mensile di conferma delle ore richieste

Mese di …………………………………………

**Dati del bambino**

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a il a |
| Indirizzo Città |
| Telefono |

**Dati genitori/Recapiti telefonici**

|  |
| --- |
| Madre cellulare |
| Pos. Politecnico Struttura Matricola |
| Padre cellulare |
| Pos. Politecnico Struttura Matricola |

Indicazione del bisogno **settimanale** (indicare da un minimo di 2 a un massimo di 8 ore giornaliere all’interno dell’orario 8-19) specificando i **giorni:**

L’utente si impegna a rispettare il regolamento del servizio, con particolare attenzione al monte ore richiesto e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione nella richiesta e nelle informazioni fornite.

In caso di diminuzione/mancata fruizione delle ore richieste, l’utente sarà tenuto/a comunque al pagamento delle stesse.

Torino, ……………………

 In fede

La scheda va restituita via mail a ruo.formazione@polito.it entro il 20 del mese in corso per il mese successivo e consegnata firmata in originale all’operatore/operatrice che effettuerà la prestazione