



**NIDO D'INFANZIA "POLLICINO"**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO INTERAZIENDALE**

Alla Cooperativa Sociale Mignanego Onlus  
Via Piave, 91-93  
16018 Mignanego

La/il sottoscritta/o (cognome e nome): \_\_\_\_\_

C.F. : \_\_\_\_\_

nata/o a: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

domicilio c/o (nominativo) \_\_\_\_\_

(Via -Città- telefono) \_\_\_\_\_

Preso visione del Regolamento, della Carta dei Servizi della struttura e della vigente normativa in qualità di:

MADRE

PADRE

GENITORE AFFIDATARIO

AFFIDATARIA

**CHIEDE**

Di iscrivere la/il bambina/o.

cognome e nome \_\_\_\_\_  M  F

Codice fiscale \_\_\_\_\_

nata/o a: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n: \_\_\_\_\_

portatore di handicap <sup>1</sup>  SI  NO eventuale % di invalidità certificata \_\_\_\_\_

con la seguente modalità di frequenza:

tempo pieno dalle 08.00 alle 16.30

tempo parziale mattina dalle 8.00 alle 13.30

<sup>1</sup> L'attestazione di handicap per le persone nelle condizioni previste dall'art.3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n.104 deve essere stata accertata dall'ASL ai sensi dell'art.4 della medesima legge

**tempo parziale pomeridiano** dalle ore 11.00 alle ore 16.30

Possibilità di supplemento mensile:

- mattutino (dalle 7.30 ALLE 8) *euro 30,00*
- pomeridiano (dalle 16.30 alle 17.00) *euro 30,00*

A tal fine, consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per falsità in atti o dichiarazioni mendaci.

**dichiara quanto segue**

(barrare le caselle di interesse)

**A: informazioni sul nucleo familiare<sup>2</sup>**

- che nel nucleo è presente solo uno dei genitori  in quanto:
- orfano
  - genitori separati/divorziati
  - ragazzo padre
  - ragazza madre
- che la potestà genitoriale è esercitata da: \_\_\_\_\_

**B: che i dati del genitore/affidatario non dichiarante sono:**

(compilare solo campi diversi dal dichiarante )

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

C.F. : \_\_\_\_\_

nato/a a: (Comune e Provincia in Italia-Stato Estero) \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_ residente a: (Comune e Provincia) \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ n: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_ altro recapito telefonico: \_\_\_\_\_

domicilio c/o (nominativo) \_\_\_\_\_

(Via -Città- telefono) \_\_\_\_\_

**C: situazione familiare:**

Che la situazione lavorativa dei genitori/affidatari facenti parte del nucleo è la seguente:

(è indispensabile compilare tutti i campi)

- **padre/affidatario:**

non lavora

ha lavoro dipendente

ha lavoro autonomo

<sup>2</sup> Fanno parte del nucleo familiare anagrafico le persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nella stessa casa. Fa parte dello stesso nucleo familiare anche il coniuge del/la dichiarante con diversa residenza anagrafica se non legalmente separato.

✧ **se ha lavoro dipendente:**

luogo di lavoro \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

p.time fino al 50%  SI  NO

- **madre/affidataria:**

-  non lavora  ha lavoro dipendente  ha lavoro autonomo

- ✧ **se ha lavoro dipendente:**

- luogo di lavoro \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

-  p.time fino al 50%  SI  NO

**D: Che il proprio nucleo familiare è seguito dai Servizi Sociali**  SI  NO

(allegare documentazione)

**E: Che il/la bambino/a ha gravi problemi di salute che incidono sulla sua vita di relazione comprovati da certificazione ASL o di strutture sanitarie convenzionate**  SI  NO

(allegare documentazione)

**F: Che all'interno del nucleo familiare vi sono portatori di handicap**

SI  NO

(allegare documentazione)

**G: Che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da minori in età compresa fra i 37 mesi e gli 8 anni**

SI  NO

**H: Che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da minori in età compresa fra gli 8 anni ed un mese ed i 14 anni**

SI  NO

**I: Che il/la bambino/a proviene da altri servizi educativi :**

**(Barrare le caselle)**

area gioco \_\_\_\_\_

nido privato \_\_\_\_\_

nido comunale \_\_\_\_\_

centro bambini c/ \_\_\_\_\_

sezioni 24/36 mesi \_\_\_\_\_

**L: Che il bambino soffre di allergie e/o intolleranze alimentari**

SI	NO
----	----

(Se si occorre allegare alla domanda idonea certificazione medica)

Luogo e data.....

Firma della/del dichiarante

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (codice *privacy*)**

- ✓ La Mignanego Società Cooperativa Sociale Onlus in qualità di titolare del trattamento, nella persona del Legale Rappresentante, La informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo di iscrizione della scheda descrittiva, vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del servizio /della prestazione richiesto/a, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari.
- ✓ I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, disciplinanti l'accesso o l'erogazione dei servizi richiesti.
- ✓ I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.
- ✓ Dei dati potranno venire a conoscenza i capi settore nella loro qualità di responsabili del trattamento nonché i dipendenti e collaboratori, anche esterni all'ente, quali incaricati del trattamento.
- ✓ I dati da Lei forniti potranno essere utilizzati al fine della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000 (testo unico sulla documentazione amministrativa, recante norme sulla autocertificazione).
- ✓ Le ricordiamo che, in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice *privacy*. Le richieste dovranno essere rivolte al responsabile del trattamento.

Luogo e data.....

Firma della/del dichiarante

---