



Comune di Gradara

Servizi Educativi



PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Punteggio

Posizione in graduatoria

Accesso garantito

DOMANDA DI ISCRIZIONE ASILO NIDO COMUNALI ANNO SCOLASTICO 2020/2021

Il/La sottoscritto/a DICHIARA

SEZ 1	DATI DEL RICHIEDENTE				
relazione con il/la bambino/a	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Affidatario	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Curatore
Cognome			Nome		
Nato/a il		Comune di nascita		Prov.	
Stato di nascita		Cittadinanza		Stato civile	
Comune di residenza			Prov.		CAP
Indirizzo di residenza					
Tel.			Cellulare		
C.F.					

SEZ 2	DATI DEL BAMBINO/A DA ISCRIVERE				
Cognome		Nome		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Nato/a il		Comune di nascita		Prov.	
Stato di nascita		Cittadinanza			
Comune di residenza			Prov.		CAP
Indirizzo di residenza					
C.F.					

SEZ 3	SCELTA DEL NIDO
	<i>Se interessati all'iscrizione in entrambe le strutture comunali – Asilo nido “La tana dei cuccioli” e Asilo nido “Mille Storie” – indicarli in ordine di preferenza</i>
Ordine di preferenza	Nome asilo nido
1	
2	

SEZ 4	PREFERENZE SULLA FRUIZIONE DEL SERVIZIO
	<i>Barrare con X solo le caselle che interessano</i>
ASILO NIDO LA TANA DEI CUCCIOLI CON SEDE A GRADARA	
<input type="checkbox"/>	Frequenza del nido fino alle ore 13.30
<input type="checkbox"/>	Frequenza del nido fino alle ore 16.00 <i>(Il servizio pomeridiano è disponibile solo su un numero limitato di bambini)</i>
<input type="checkbox"/>	Disponibilità all'inserimento anticipato nel mese di luglio <i>(riservata ai bambini divezzi)</i> <i>(Tale opzione, se indicata, comporta l'OBBLIGO all'inserimento nel mese di luglio, qualora ci fossero posti disponibili)</i>
ASILO NIDO MILLE STORIE CON SEDE A COLOMBARONE	
<input type="checkbox"/>	Frequenza del nido fino alle ore 12.00 – senza pasto
<input type="checkbox"/>	Frequenza del nido fino alle ore 14.30 – con pasto

SEZ 5	COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA ANAGRAFICA DEL BAMBINO/A												
PADRE													
Cognome						Nome							
Nato/a il				Comune di nascita					Prov.				
Stato di nascita				Cittadinanza				Stato civile					
Comune di residenza								Prov.			CAP		
Indirizzo di residenza													
Tel.						Cellulare							
e-mail													
C.F.													
MADRE													
Cognome						Nome							
Nato/a il				Comune di nascita					Prov.				
Stato di nascita				Cittadinanza				Stato civile					
Comune di residenza								Prov.			CAP		
Indirizzo di residenza													
Tel.						Cellulare							
e-mail													
C.F.													
FRATELLI O SORELLE													
Cognome						Nome							
Nato/a il				Comune di nascita					Prov.				
Cognome						Nome							
Nato/a il				Comune di nascita					Prov.				
Cognome						Nome							
Nato/a il				Comune di nascita					Prov.				
Cognome						Nome							
Nato/a il				Comune di nascita					Prov.				
ALTRI COMPONENTI													
Cognome						Nome							
Nato/a il				Comune di nascita					Prov.				
Relazione di parentela													
Cognome						Nome							
Nato/a il		Comune di nascita					Prov.						
Relazione di parentela													
Cognome						Nome							
Nato/a il				Comune di nascita					Prov.				
Relazione di parentela													

SEZ. 6	STATO DI GRAVIDANZA												
Stato di gravidanza della mamma SI [] NO []													
In caso affermativo allegare in busta chiusa certificato medico													

SEZ. 7	FRATELLI O SORELLE FREQUENTANTI L'ASILO NIDO												
<i>(nel prossimo anno scolastico)</i>													
Cognome						Nome							
Indicare il nido frequentato													
Cognome						Nome							
Indicare il nido frequentato													

SEZ. 8	NUCLEO MONOPARENTALE
<p>Il dichiarante è genitore solo in quanto:</p> <p><input type="checkbox"/> è vedova/o</p> <p><input type="checkbox"/> è nubile/celibe con figlia/o non riconosciuta/o dall'altro genitore</p> <p><input type="checkbox"/> all'altro genitore è stata tolta la potestà genitoriale (con sentenza n° _____ in data _____ Tribunale di _____)</p> <p><input type="checkbox"/> è nubile/celibe con figlia/o riconosciuta/o dall'altro genitore e non coabita con lo stesso. Indicare il motivo della non coabitazione _____</p> <p><input type="checkbox"/> è divorziata/o (con sentenza n° _____ in data _____ Tribunale di _____) e non coabita con il genitore del bambino/a di cui si chiede l'iscrizione</p> <p><input type="checkbox"/> ha presentato istanza di separazione in data _____ al Tribunale di _____ Ruolo generale n° _____ e non coabita con il genitore del bambino/a di cui si chiede l'iscrizione</p> <p><input type="checkbox"/> è legalmente separata/o (con sentenza n° _____ in data _____ Tribunale di _____) e non coabita con il genitore del bambino/a di cui si chiede l'iscrizione</p>	

SEZ. 9	BAMBINO IN LISTA DI ATTESA
<p><i>Indicare se il bambino/a per il/la quale si richiede l'iscrizione è inserito nella lista di attesa dell'anno precedente. In caso affermativo indicare quale asilo nido.</i></p>	
<p>Lista di attesa SI [] NO []</p> <p>Asilo Nido: _____</p>	

SEZ. 10	DISABILITA' O GRAVI PROBLEMI DI SALUTE
<p><i>(In caso di risposta affermativa allegare in busta chiusa la certificazione medica comprovante lo stato di salute)</i></p>	
<p>Il bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione ha disabilità ?</p>	<p>SI [] NO []</p>
<p>Nel nucleo familiare sono presenti persone affette da invalidità (pari o superiore al 75%), disabilità o malattia grave certificata</p>	<p>SI [] NO []</p>

SEZ. 11	DISAGIO SOCIALE
<p><i>(In caso di risposta affermativa allegare in busta chiusa la relazione dell'assistente sociale)</i></p>	
<p>La famiglia è seguita dai Servizi Sociali del Comune di Gradara</p>	<p>SI [] NO []</p>

SEZ. 12	DIETE SPECIALI
<p>Il bambino necessita di una dieta speciale? Se sì, indicare il motivo (intolleranza, allergia, vegetariano, vegano, ecc...)</p>	<p>SI [] NO []</p>

SEZ 13	CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI <i>Ogni requisito si intende riferito al momento della presentazione della domanda e comunque posseduto entro la scadenza del bando</i>
PADRE	
TIPO DI LAVORO	Parte riservata all'ufficio
LAVORATORE DIPENDENTE	SI [] NO []
Nome dell'Azienda/Ente presso cui lavora _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____	
TIPOLOGIA DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato. Indicare data di assunzione _____ <input type="checkbox"/> a tempo determinato con caratteristiche di continuità e rinnovabilità. Indicare: data assunzione (gg/mm/anno) _____ data scadenza (gg/mm/anno) _____ data assunzione (gg/mm/anno) _____ data scadenza (gg/mm/anno) _____ data assunzione (gg/mm/anno) _____ data scadenza (gg/mm/anno) _____	
LAVORATORE AUTONOMO O LIBERO PROFESSIONISTA	SI [] NO []
Partita IVA n. _____ Camera di Commercio _____ Nome della ditta _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____	
LAVORATORE STAGIONALE, PRECARIO, SALTUARIO	SI [] NO []
IN QUALITÀ DI: <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> lavoratore dipendente	
Specificare i periodi lavorati nei precedenti 12 mesi o eventuali contratti di lavoro futuri	
Nome dell'Azienda/Ente _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____ periodo di lavoro dal _____ al _____	
Nome dell'Azienda/Ente _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____ periodo di lavoro dal _____ al _____	
Nome dell'Azienda/Ente _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____ periodo di lavoro dal _____ al _____	
Nome dell'Azienda/Ente _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____ periodo di lavoro dal _____ al _____	

DISOCCUPATO Che non ha prestato attività lavorativa negli ultimi 12 mesi	SI []	NO []
STUDENTE Tipo di corso _____ Denominazione scuola/istituto/università _____	SI []	NO []
ALTRA CONDIZIONE (Specificare) _____ _____		

ORARIO DI LAVORO <i>Indicare l'orario contrattuale applicato nell'azienda/ente presso cui svolge l'attività lavorativa. Nel caso di lavoro stagionale, precario o saltuario far riferimento, in ordine, al contratto in essere (o futuro se più favorevole) o all'ultimo contratto concluso</i>			Parte riservata all'ufficio
ORARIO SETTIMANALE			
Da 18 a 24 ore		[]	
Da 25 a 36 ore		[]	
Da 37 a 40 ore		[]	
Oltre 41 ore		[]	
ORARIO GIORNALIERO			
Fino a 4 ore	n. giorni a settimana	[]	
Fino a 6 ore	n. giorni a settimana	[]	
Fino a 8 ore	n. giorni a settimana	[]	
Oltre 9 ore	n. giorni a settimana	[]	
TURNAZIONE (solo per lavoratori dipendenti) Per turnazione si intende lo svolgimento dell'attività lavorativa in giorni e orari diversi, previsti dal contratto			
Mattino/pomeriggio/notte		[]	
1 giorno al mattino/1 giorno al pomeriggio		[]	
1 settimana al mattino / 1 settimana al pomeriggio		[]	
Altro (specificare)		[]	
PENDOLARITA' (solo se sede fissa di lavoro)			
Distanza inferiore a 19 Km (solo andata)		[]	
Distanza compresa tra 20 e 40 Km (solo andata)		[]	
Distanza superiore a Km 41 (solo andata)		[]	
LAVORO FUORI SEDE (Assenza prolungata da casa con pernottamento per motivi di lavoro)			
Per un periodo non inferiore a 2 giorni a settimana		[]	
Per un periodo non inferiore ad una settimana		[]	
Altro (specificare)		[]	

I lavoratori dipendenti presso Ente privato dovranno allegare il certificato rilasciato dal datore di lavoro con specificato l'orario di lavoro giornaliero e settimanale, la sede di lavoro ed eventuale lavoro in turnazione.
Per i lavoratori dipendenti presso Ente pubblico o autonomo la certificazione viene acquisita d'ufficio.

SEZ 14	CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI <i>Ogni requisito si intende riferito al momento della presentazione della domanda e comunque posseduto entro la scadenza del bando</i>
MADRE	
TIPO DI LAVORO	Parte riservata all'ufficio
LAVORATORE DIPENDENTE	SI [] NO []
Nome dell'Azienda/Ente presso cui lavora _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____	
TIPOLOGIA DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato. Indicare data di assunzione _____ <input type="checkbox"/> a tempo determinato con caratteristiche di continuità e rinnovabilità. Indicare: data assunzione (gg/mm/anno) _____ data scadenza (gg/mm/anno) _____ data assunzione (gg/mm/anno) _____ data scadenza (gg/mm/anno) _____ data assunzione (gg/mm/anno) _____ data scadenza (gg/mm/anno) _____	
LAVORATORE AUTONOMO O LIBERO PROFESSIONISTA	SI [] NO []
Partita IVA n. _____ Camera di Commercio _____ Nome della ditta _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____	
LAVORATORE STAGIONALE, PRECARIO, SALTUARIO	SI [] NO []
IN QUALITÀ DI: <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> lavoratore dipendente	
Specificare i periodi lavorati nei precedenti 12 mesi o eventuali contratti di lavoro futuri	
Nome dell'Azienda/Ente _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____ periodo di lavoro dal _____ al _____	
Nome dell'Azienda/Ente _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____ periodo di lavoro dal _____ al _____	
Nome dell'Azienda/Ente _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____ periodo di lavoro dal _____ al _____	
Nome dell'Azienda/Ente _____ Con sede in _____ prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail _____ periodo di lavoro dal _____ al _____	

DISOCCUPATO O CASALINGA Che non ha prestato attività lavorativa negli ultimi 12 mesi	SI []	NO []
STUDENTE Tipo di corso _____ Denominazione scuola/istituto/università _____	SI []	NO []
ALTRA CONDIZIONE (Specificare) _____ _____		

ORARIO DI LAVORO <i>Indicare l'orario contrattuale applicato nell'azienda/ente presso cui svolge l'attività lavorativa. Nel caso di lavoro stagionale, precario o saltuario far riferimento, in ordine, al contratto in essere (o futuro se più favorevole) o all'ultimo contratto concluso</i>		Parte riservata all'ufficio
ORARIO SETTIMANALE		
Da 18 a 24 ore	[]	
Da 25 a 36 ore	[]	
Da 37 a 40 ore	[]	
Oltre 41 ore	[]	
ORARIO GIORNALIERO		
Fino a 4 ore	n. giorni a settimana []	
Fino a 6 ore	n. giorni a settimana []	
Fino a 8 ore	n. giorni a settimana []	
Oltre 9 ore	n. giorni a settimana []	
TURNAZIONE (solo per lavoratori dipendenti) Per turnazione si intende lo svolgimento dell'attività lavorativa in giorni e orari diversi, previsti dal contratto		
Mattino/pomeriggio/notte	[]	
1 giorno al mattino/1 giorno al pomeriggio	[]	
1 settimana al mattino / 1 settimana al pomeriggio	[]	
Altro (specificare)	[]	
PENDOLARITA' (solo se sede fissa di lavoro)		
Distanza inferiore a 19 Km (solo andata)	[]	
Distanza compresa tra 20 e 40 Km (solo andata)	[]	
Distanza superiore a Km 41 (solo andata)	[]	
LAVORO FUORI SEDE (Assenza prolungata da casa con pernottamento per motivi di lavoro)		
Per un periodo non inferiore a 2 giorni a settimana	[]	
Per un periodo non inferiore ad una settimana	[]	
Altro (specificare)	[]	

I lavoratori dipendenti presso Ente privato dovranno allegare il certificato rilasciato dal datore di lavoro con specificato l'orario di lavoro giornaliero e settimanale, la sede di lavoro ed eventuale lavoro in turnazione.
Per i lavoratori dipendenti presso Ente pubblico o autonomo la certificazione viene acquisita d'ufficio.

DICHIARA INOLTRE CHE IL BAMBINO/A*(apporre una crocetta sulle caselle interessate)*

- Ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> anti-morbillo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> anti-rosolia |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> anti-parotite |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> anti-varicella (solo per i nati dal 2017) |
- Ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate** (come da copia di richiesta presentata all'ASL)
- È esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione** (come da attestazione medica allegata);
- Ha omissso o differito una o più vaccinazioni** (come da attestazione medica allegata);

Allega alla presente:**per VACCINAZIONI EFFETTUATE:**

- copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dall'ASL ovvero il certificato vaccinale.

Per ESONERO

- Copia della notifica di malattia infettiva effettuata alla ASL dal medico curanti, disponibile presso i Servizi di Igiene Pubblica dell'ASL;
- Attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal Medico Generale o dal Pediatra di Libera Scelta del SSN, anche a seguito di analisi sierologica.

Per OMISSIONE O DIFFERIMENTO:

- Attestato del Medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta

Per RICHIESTA DI VACCINAZIONE:

- Copia della richiesta presentata all'ASL o invito ricevuto dall'ASL con appuntamento

DICHIARA, infine

1. di aver reso la presente dichiarazione ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista all'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci o di falsità negli atti;
2. di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 71 del citato D.P.R., l'Amministrazione Comunale può effettuare controlli sulla presente dichiarazione anche attraverso la Guardia di finanza: nei confronti di chi rilascia dichiarazioni non veritiere, l'Amministrazione procederà rideterminando la posizione in graduatoria in base all'attribuzione del punteggio derivante dalla situazione effettivamente verificata rispetto a quella dichiarata, fermo restando quando previsto dalla normativa vigente;
3. di aver ricevuto e preso visione dell'avviso contenente tutte le informazioni relative alla presentazione della domanda di iscrizione ai nidi d'infanzia comunali;
4. di aver ricevuto e preso visione dell'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
5. di essere a conoscenza che il nido assegnato si considera accettato salvo espressa rinuncia scritta che dovrà essere inviata all'ufficio protocollo, su apposito modulo. La rinuncia all'assegnazione del nido comporta la cancellazione dalla relativa graduatoria;
6. di essere a conoscenza che qualora nella prima graduatoria il bambino risulti in lista di attesa sarà automaticamente inserito nella graduatoria del secondo nido scelto per l'eventuale assegnazione dei posti che risulteranno disponibili;
7. di autorizzare il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per le finalità stesse della domanda.

<i>Data</i>	<i>Firma del richiedente (*)</i>
_____	_____

(*) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 la sottoscrizione di cui sopra non viene autenticata:

- a tale dichiarazione si allega copia di un documento valido di identità;
- tale dichiarazione viene resa e firmata dal dipendente addetto;

Identificazione

tramite:

Gradara, li _____ Il dipendente addetto _____

INFORMATIVA PRIVACY ART.13 REGOLAMENTO UE N. 679/2016

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Comune di Gradara con sede in via Mancini, n. 23 61012 Gradara.

Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è la l'Avv. Mario Antonio Massimo Fusario Tel. 071/2411895 email avv.fusario@gmail.com

Finalità del trattamento

I dati personali conferiti per la procedura in oggetto saranno utilizzati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o comunque connesso all'esercizio dei propri pubblici poteri.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà effettuato sia con strumenti manuali e/o informatici e telematici con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Gli incaricati del trattamento sono impiegati e funzionari comunali addetti alle procedure necessarie all'erogazione del servizio.

Nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

I dati personali raccolti saranno accessibili al Comune di Gradara. Gli stessi dati non saranno diffusi ad altri soggetti, eccetto Enti terzi, pubblici e privati, interessati al procedimento.

I dati non saranno trasferiti a paesi terzi.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

I Suoi dati personali non sono soggetti ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) avere accessi ai dati oggetto di trattamento;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) opporsi al trattamento;
- f) revoca del consenso (se richiesto);
- g) ottenere la portabilità dei dati;
- h) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma - email rpd@gpdp.it

L'interessato può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo postale Comune di Gradara, via Mancini, n. 23 61012 Gradara o all'indirizzo mail protocollo@comune.gradara.pu.it

Referente comunale

Dott.ssa Carmen Pacini

Responsabile del Settore Servizi al Cittadino – tel. 0541/823904

e-mail carmen.pacini@comune.gradara.pu.it