

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
Punteggio
Accesso prioritario

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI
ASILO NIDO "LE NUVOLE" INSERIMENTO SETTEMBRE 2022**

SCADENZA 31 MAGGIO 2022

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome..... Nome.....

Padre [] Madre [] Tutore []

DEL BAMBINO

Cognome..... Nome.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che il/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione è:

nato a (.....) il

residente a in Via n°.....

cittadinanza..... Codice Fiscale

telefono fisso telefono cellulare

corrispondente a/...../.....

indirizzo e-mail

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA CONVIVENTE	
-----------------------------------------------	--

Padre o convivente	Madre o convivente
---------------------------	---------------------------

cognome e nome	.....	.....
data di nascita	.....	.....
residente a	.....	.....
indirizzo	.....	.....
professione	.....	.....
indirizzo sede di lavoro	.....	.....
recapito telef. sede lavoro	.....	.....

Entrambi i genitori residenti SI [] NO []	parte riservata all'ufficio [_____]
-------------------------------------------------------	-------------------------------------

Barrare la voce che interessa		parte riservata all'ufficio
<input type="checkbox"/>	1.a Stato di gravidanza della madre (in caso affermativo allegare la certificazione medica)	
<input type="checkbox"/>	1.b Fratelli fino a 3 anni di età; nato/a il.....* 1.b1 Se gemelli barrare <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	1.c Fratelli fino a 6 anni di età; nato/a il*	
<input type="checkbox"/>	1.d Fratelli fino a 14 anni di età; nato/a il*	
<input type="checkbox"/>	1.e Figli frequentanti l'asilo nido "Le Nuvole"	
<input type="checkbox"/>	1.f Presenza nella famiglia convivente di persone affette da gravi malattie o invalidità pari o superiore al 75% (certificate)	

* si considera l'età al momento di presentazione della domanda

ATTIVITA' LAVORATIVA DEI GENITORI

Barrare la voce che interessa			parte riservata all'ufficio
2. TIPO ATTIVITA'			
	Padre o convivente	Madre o convivente	
2.a Disoccupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b Studente (in corso con obbligo di frequenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.c Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.d Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.e Lavoratore dipendente/autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.f Lavoratore stagionale autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.g Lavoratore stagionale dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. LAVORO IN TURNAZIONE (solo per lavoratori dipendenti) modalità			
3.a Mattino/pomeriggio/notte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.b Un giorno al mattino /un giorno al pomeriggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.c Una settimana al mattino/una settimana al pomeriggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. ORARIO DI LAVORO GIORNALIERO	
N.B. L'orario di lavoro NON deve contenere le pause pranzo e i tempi di trasferimento	
Padre o convivente	Madre o convivente
n. <input type="checkbox"/> giorni fino a 4 ore	n. <input type="checkbox"/> giorni fino a 4 ore
n. <input type="checkbox"/> giorni oltre le 4 ore/fino a 6 ore	n. <input type="checkbox"/> giorni oltre le 4 ore/fino a 6 ore
n. <input type="checkbox"/> giorni oltre le 6 ore/fino a 8 ore	n. <input type="checkbox"/> giorni oltre le 6 ore/fino a 8 ore
n. <input type="checkbox"/> giorni oltre le 8 ore	n. <input type="checkbox"/> giorni oltre le 8 ore

5. ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE			
	Padre o convivente	Madre o convivente	
5.a Da 18 a 24 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.b Oltre le 24 ore/fino a 36 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.c Oltre le 36 ore/fino a 40 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.d Oltre 40 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. PENDOLARITA': DISTANZA DEL LUOGO DI LAVORO (SEDE FISSA) DALL'ABITAZIONE (percorsi quotidiani solo andata)			
	Padre o convivente	Madre o convivente	
6.a Da 20 a 40 Km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.b Oltre 40 Km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. LAVORO FUORI SEDE (SEDE VARIABILE)			
7.a Con rientro a casa settimanale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.b Con rientro a casa dopo un periodo superiore a due settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PREFERENZE SULLA FRUIZIONE DEL SERVIZIO

A - []	Frequenza del nido nella sola mattinata con uscita non oltre le 13,30
B - []	Frequenza del nido per l'intera giornata con uscita non oltre le 16,30*

* Il servizio pomeridiano è garantito solo per un numero limitato di bambini

ACCESSI PRIORITARI

<input type="checkbox"/>	Bambini con relazione dei servizi sociali territoriali
<input type="checkbox"/>	Bambini con disabilità certificate
<input type="checkbox"/>	Bambini riconosciuti da un solo genitore o bambini orfani di un genitore *
<input type="checkbox"/>	Bambini in affido familiare
<input type="checkbox"/>	Bambini con un genitore con invalidità pari o superiore al 75%, disabilità o malattia grave certificata

(*) solo se non conviventi o appartenenti allo stesso nucleo familiare dove è presente il coniuge o il convivente del genitore

Il/la sottoscritto/a DICHIARA che il/la bambino/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni d'obbligo presso l'ASUR di Pesaro e che il Medico Pediatra di base è _____

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito e **allega certificato vaccinale**:

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <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-tetanea | <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 |

è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del SSN);

ha omesso una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del SSN);

ha richiesto all'Azienda Sanitaria Locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate

DATI RELATIVI ALL'INTESTATARIO DEL PAGAMENTO

COGNOME e NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

CODICE FISCALE _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di aver preso visione delle tariffe in vigore e le relative modalità di pagamento approvate con delibera di Giunta n. 109/2021;
- 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;
- di aver preso visione del documento "Indicazioni sanitarie a tutela della salute nell'asilo nido e nei centri educativi estivi del Comune di Gabicce Mare" pubblicato sul sito Internet del Comune.

INFORMATIVA PRIVACY – art.13 del Regolamento (UE) 2016/679

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informa che il trattamento dei dati personali forniti al Comune di Gabicce Mare è finalizzato unicamente all'esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri e quindi alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali nelle seguenti materie: SERVIZIO DI ASILO NIDO ed avverrà presso l'ente, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

I dati potranno essere comunicati, portati a conoscenza e trattati dai Responsabili del trattamento interni all'ente, dagli incaricati al trattamento dell'ente e dai Responsabili del Trattamento in outsourcing competenti per materia.

L'elenco aggiornato dei soggetti che trattano i dati è consultabile sul Sito Internet www.comune.gabicce-mare.ps.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente", "Disposizioni Generali" e "Atti Generali".

I dati potranno essere inoltre comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio che debbano partecipare al procedimento amministrativo.

Con riferimento a procedimenti ad interesse di parte il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo e la loro mancata indicazione comporta quindi l'impossibilità di beneficiare del servizio ovvero della prestazione finale.

Agli interessati sono riconosciuti: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al Comune di Gabicce Mare.

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo.

Il periodo di conservazione dei dati personali è rinvenibile nel Piano di Conservazione della documentazione amministrativa approvato dal Comune con D.C. n.3 del 17/02/2010, disponibile sul sito internet dell'ente alla pagina <http://www.comune.gabicce-mare.ps.it>

Titolare del Trattamento dei dati è il Sindaco pro tempore del Comune di Gabicce Mare (tel. 0541/820634, e-mail: sindaco@comune.gabicce-mare.pu.it, pec: comune.gabiccemare@emarche.it).

Responsabile del trattamento dei dati interno all'ente è il Responsabile del II Settore Servizi alla Persona (tel. 0541/820629, e-mail: a.flamigni@comune.gabicce-mare.pu.it, pec: comune.gabiccemare@emarche.it).

Responsabile della protezione dei dati personali del Comune di Gabicce Mare è il Dott. Graziano Gambuti (tel. 0541/820619, e-mail: g.gambuti@comune.gabicce-mare.pu.it, pec: comune.gabiccemare@emarche.it).

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualunque variazione a quanto sopra dichiarato all'ufficio Servizi Educativi

Data _____ FIRMA (*) _____

(*) Allegare documento di identità in corso di validità