

COMUNE DI GABICCE MARE

Settore servizi educativi

| |
|-----------------------------|
| PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO |
| Punteggio |
| Accesso prioritario |

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI
ASILO NIDO "LE NUVOLE" INSERIMENTO SETTEMBRE 2016**

SCADENZA 27 MAGGIO 2016

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..... telefono abitazione

altri recapiti telefonici

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

indirizzo e-mail

N.B. qualora il/la bambino/a sia disabile, la certificazione medica specialistica va consegnata al Responsabile dei servizi sociali.

| |
|---|
| 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. [] giorni fino a 4 ore | n. [] giorni fino a 4 ore |
| n. [] giorni oltre le 4 ore/fino a 6 ore | n. [] giorni oltre le 4 ore/fino a 6 ore |
| n. [] giorni oltre le 6 ore/fino a 8 ore | n. [] giorni oltre le 6 ore/fino a 8 ore |
| n. [] giorni oltre le 8 ore | n. [] 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 |
|---------------------------|

| | |
|-----|---|
| [] | Bambini con relazione dei servizi sociali territoriali |
| [] | Bambini con disabilità certificate |
| [] | Bambini riconosciuti da un solo genitore o bambini orfani di un genitore * |
| [] | Bambini in affido familiare |
| [] | 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

ALTRE INFORMAZIONI

- Nome del Pediatra di base
- Sottoposto alle vaccinazioni d'obbligo presso l'ASL di SI [] NO []

DATI RELATIVI ALL'INTESTATARIO DEL BOLLETTINO DI PAGAMENTO

COGNOME e NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

C.A.P. e CITTA' _____

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. 20 del 10.03.2016 e che , nel caso in cui la domanda sia accolta, l'Ufficio Pubblica Istruzione applicherà la fascia in base alla certificazione ISEE consegnata, in caso contrario sarà applicata la retta ordinaria;
- 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";
- di aver preso visione dell'Informativa e consenso sulla raccolta e trattamento dati in riferimento al D.LG. 196/2003 art 13 e di acconsentire al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili propri e del minore e dei dati prodotti dalla documentazione all'interno dei servizi educativi.

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualunque variazione a quanto sopra dichiarato all'ufficio Pubblica Istruzione

Data

Firma del richiedente (*)

(*)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 in presenza del dipendente addetto;

Il dipendente addetto

INFORMATIVA PRIVACY (Art.13 del D.lgs.30 giugno 2003 n. 196)

Ai sensi dell'art.13 del Codice in materia di dati personali si informa che il trattamento dei dati personali forniti al Servizio Pubblica Istruzione è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali ai fini dell'inserimento all'Asilo Nido ed avverrà presso il Comune di Gabicce Mare, Via C.Battisti n.66 con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità; i dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio che debbano partecipare al procedimento amministrativo. I dati potranno altresì essere comunicati o portati a conoscenza dei seguenti responsabili o incaricati del trattamento del Comune di Gabicce Mare: Incaricati e responsabili del trattamento dati impiegati presso il servizio protocollo e archivio e incaricati e responsabili del trattamento dati impiegati presso il servizio ragioneria. 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 i diritti di cui all'art.7 del citato codice ed in particolare 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, Via C.Battisti, 66-61011 Gabicce Mare alla Responsabile del trattamento: Responsabile del Servizio II Settore. L'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento è consultabile sul Sito Internet www.comune.gabicce-mare.ps.it, così come il regolamento in materia di accesso agli atti.