



COMUNE DI VILLANOVA MONTELEONE
Ufficio Servizi Sociali

Allegato C



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL MICRONIDO COMUNALE
A.E. 2024/2025

Il/a sottoscritto/a (nome e cognome) _____
in qualità di _____ Cod. Fiscale _____
residente a _____ via _____ n. _____
tel. casa _____ cell. _____
indirizzo mail _____

CHIEDE

CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A o altro _____

(nome e cognome del/la bambino/a) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
c.f. _____

sia ammesso/a a frequentare il Micronido Comunale

con decorrenza ____/____/____

DICHIARA

- di essere a conoscenza del Regolamento Comunale per il funzionamento del Micronido Comunale (disponibile sul sito internet comunale) e di aver preso visione del Bando per l'ammissione all'a.e. 2024/2025;
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000;
- di essere consapevole che su quanto è dichiarato il Comune si riserva la facoltà di effettuare controlli a campione;

1. che il bambino per il quale viene richiesta l'iscrizione è in condizione di disabilità certificata L. n. 104/92, art.3 (allegare la relativa certificazione).

2. DATI GENITORI (riferiti alla data di sottoscrizione della domanda)

| MADRE DEL BAMBINO/A | PADRE DEL BAMBINO/A |
|--|--|
| cognome/nome _____ | cognome/nome _____ |
| nato il _____ a _____ | nato il _____ a _____ |
| residente a _____ | residente a _____ |
| codice fiscale _____ | codice fiscale _____ |
| <input type="checkbox"/> PERSONA CON INVALIDITÀ dal 76% al 100% (allegare la relativa certificazione) | <input type="checkbox"/> PERSONA CON INVALIDITÀ dal 76% al 100% (allegare la relativa certificazione) |
| <input type="checkbox"/> PERSONA CON HANDICAP L. n. 104/92, art. 3 o handicap grave art.3 c. 3 (allegare la relativa certificazione) | <input type="checkbox"/> PERSONA CON HANDICAP L. n. 104/92, art. 3 o handicap grave art.3 c. 3 (allegare la relativa certificazione) |
| <input type="checkbox"/> PARTICOLARE SITUAZIONE sanitaria e sociale (debitamente certificabile) | <input type="checkbox"/> PARTICOLARE SITUAZIONE sanitaria e sociale (debitamente certificabile) |
| <input type="checkbox"/> GENITORE SOLO (FAMIGLIA MONOGENITORIALE) | <input type="checkbox"/> GENITORE SOLO (FAMIGLIA MONOGENITORIALE) |
| Condizione lavorativa | Condizione lavorativa |
| <input type="checkbox"/> DIPENDENTE presso _____ a _____ | <input type="checkbox"/> DIPENDENTE presso _____ a _____ |
| <input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time | <input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time |
| <input type="checkbox"/> tempo determinato fino a _____ <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time | <input type="checkbox"/> tempo determinato fino a _____ <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time |
| <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA / COMMERCIANTE / ARTIGIANO (AUTONOMO) | <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA / COMMERCIANTE / ARTIGIANO (AUTONOMO) |
| <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO | <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO |
| <input type="checkbox"/> PENSIONATO | <input type="checkbox"/> PENSIONATO |
| <input type="checkbox"/> ALTRO | <input type="checkbox"/> ALTRO |

3. ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE (non indicati nelle precedenti sezioni)

| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA con il minore per il quale si chiede l'iscrizione |
|----------------|-------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. ALTRI DATI PER ATTRIBUZIONE PUNTEGGIO

figlio minore portatore di handicap L. n. 104/92, art. 3:
cognome e nome _____ (allegare la relativa certificazione).

5. VACCINAZIONI EFFETTUATE

In relazione all'obbligo delle vaccinazioni che costituisce requisito di accesso (Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73):

- il minore **ha effettuato** le vaccinazioni obbligatorie previste dal Calendario vaccinale nazionale;
- il minore **non ha effettuato** le vaccinazioni obbligatorie previste dal Calendario vaccinale nazionale;
- il minore **ha ricevuto** l'esonero, l'omissione o il differimento all'effettuazione delle stesse per motivi di salute (da documentare con attestazioni mediche).

6. QUOTE DI FREQUENZA

Il sottoscritto si impegna al pagamento della quota di frequenza secondo quanto definito con Deliberazione della Giunta Comunale n. 6 del 26.01.2023 ed anticipatamente entro e non oltre il 10° giorno di ogni mese.

Dichiara a tale fine:

- di essere in possesso di un'attestazione I.S.E.E. prot. n. _____ rilasciata in data _____ con indicatore pari a € _____;
- di essere in possesso di un'attestazione I.S.E.E. per prestazioni agevolate rivolte ai minori, che si allega in copia;
- di non presentare attestazione I.S.E.E. (**in tal caso verrà applicata la quota massima prevista**).

Il sottoscritto:

- **SI IMPEGNA** a comunicare cambi di residenza o di recapito;
- **ACCETTA** in aderenza alle disposizioni normative o a eventuali provvedimenti emanati dalle autorità sanitarie, senza niente eccepire, le modifiche delle modalità di espletamento del Servizio Micronido che dovessero rendersi necessarie a tutela della salute pubblica.
- **ALLEGA:**
(documentazione obbligatoria)
 1. Copia del documento d'identità del genitore dichiarante;
 2. Copia della Tessera sanitaria del bambino per il quale si richiede l'iscrizione;
 3. Certificazione rilasciata dalla A.S.L. attestante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie;
ovvero
 - in caso di mancata vaccinazione: copia della richiesta formale già inoltrata alla A.S.L.;
 - in caso di omissione, differimento o esonero dall'obbligo adeguata certificazione comprovante la presenza di cause ostative;

(documentazione facoltativa)

- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
- Certificazioni attestanti particolari situazioni sanitarie o sociali;
- Certificati attestanti lo stato di invalidità civile e lo stato di handicap (L. n. 104/1992);
- Copia della richiesta formale inoltrata alla A.S.L. per l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie.

SI RICORDA CHE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL BANDO COMUNALE LA MANCATA REGOLARIZZAZIONE DEI PAGAMENTI RELATIVI ALLE RETTE DI FREQUENZA DEL MINORE NELLE ANNUALITÀ PRECEDENTI POTRÀ COMPORTARE LA NON AMMISSIONE NEL NUOVO ANNO EDUCATIVO.

Data, _____

FIRMA DEL GENITORE RICHIEDENTE

FIRMA DELL'ALTRO GENITORE

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento

IN CASO DI MANCATA SOTTOSCRIZIONE DELL'ALTRO GENITORE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____ residente a Villanova Monteleone in
via _____ n. _____ tel./cell. _____
in qualità di genitore ovvero _____

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000)

di aver effettuato la richiesta in oggetto in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale.

Luogo e data _____

FIRMA DEL GENITORE RICHIEDENTE

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento

PARTE RISERVATA ALL'OPERATORE SOCIALE COMUNALE

Il bambino per il quale è richiesta l'iscrizione ha particolari e comprovati problemi di ordine sociale, ambientale o economico.

data _____

L'OPERATORE SOCIALE

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Reg. UE 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali", si forniscono le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati comunicati direttamente dagli interessati ai fini della presente procedura.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Comune di Villanova Monteleone con sede in Via Nazioanle n.104 – 07019 Villanova Monteleone (SS), P.E.C. comune.villanovamonteleone@halleycert.it - tel. 079 960406.

RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI: Nicola Zuddas s.r.l. nella persona dell'avvocato I. Orrù , contattabile ai seguenti recapiti: mail privacy@comune.it ; P.E.C.: privacy@pec.comune.it .

FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO. Il trattamento dei dati personali forniti in sede di presentazione dell'istanza è finalizzato alla richiesta di ammissione al Servizio Micronido Comunale per l'a.e. 2024/2025 ed alle eventuali attività connesse all'espletamento della presente procedura.

La base giuridica del trattamento è costituita dall'esplicito consenso al trattamento da parte dell'interessato oltre che dallo svolgimento delle pubbliche funzioni svolte dall'Ente e nell'ambito dell'esecuzione di compiti di interesse pubblico da parte di esso.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto a fornirli comporterà l'impossibilità di dar corso alla procedura stessa ed ai conseguenti adempimenti

LUOGO DEL TRATTAMENTO. Il trattamento dei dati forniti avverrà presso il Comune di Villanova Monteleone e potrà avvenire anche con procedure informatizzate. Il personale che eseguirà il trattamento sarà debitamente a ciò autorizzato nonché tenuto a garantire la riservatezza.

DURATA DELLA CONSERVAZIONE DEI DATI. I dati verranno conservati per tutto il tempo in cui il procedimento può produrre effetti ed, in ogni caso, per il tempo previsto dalle norme e dalle disposizioni in materia di conservazione della documentazione amministrativa.

TRASMISSIONE DEI DATI. I dati non verranno trasmessi a terzi, fatta eccezione per quei soggetti ai quali i dati dovranno essere comunicati ai fini della regolare gestione del Servizio. I provvedimenti assunti a conclusione della presente procedura verranno diffusi e pubblicati secondo le norme ed i principi fondamentali in materia di trattamento dei dati personali limitatamente a quanto necessario e pertinente.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI. Gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art.15 del reg. UE 2016/679. In particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, il diritto di chiederne la rettifica o la limitazione, il diritto all'aggiornamento se inesatti o incompleti, il diritto alla cancellazione in presenza delle condizioni richieste ed, infine, il diritto ad opporsi al trattamento rivolgendo apposita istanza al titolare o al responsabile per la protezione dati ai recapiti di sopra indicati.

Gli interessati potranno, laddove ricorrano i presupposti, inoltrare eventuale reclamo all'Autorità di Controllo italiana il Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio n.121 - 00186 - Roma

L'interessato **dichiara** di avere letto l'informativa in materia di trattamento dei dati personali, di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti nell'ambito del trattamento dei propri dati personali e con la sottoscrizione.

Firma
