



Unione Comuni Modenesi Area Nord

AREA SERVIZI ALLA PERSONA
ISTRUZIONE E DIRITTO ALLO STUDIO
Servizi educativi 0-6 anni

Domanda di ammissione al nido d'infanzia "Arcobaleno" di Concordia sulla Secchia - anno educativo 2020/2021

(in autocertificazione ai sensi del DPR n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a padre madre

Cognome _____ Nome _____

Data nascita _____ Luogo nascita _____

Residente nel Comune di _____

via _____ n° civico _____

cell. padre _____ cell. madre _____

telefono fisso abitazione _____

CHIEDE L'AMMISSIONE AL NIDO D'INFANZIA PER L'ANNO EDUCATIVO 2020/2021

per il/la figlio/a _____ M F
(cognome e nome)

Data nascita _____ Luogo nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____

via _____ n° civico _____

oppure (compilare se diverso dalla residenza anagrafica)

Recapito nel Comune di _____

via _____ n° civico _____

Pediatra curante del S.S.N : Dr. _____

SCEGLIE IL SEGUENTE REGIME ORARIO DI FREQUENZA :

- PRE-INGRESSO (*) (7.30 / 8.30)
 - ORARIO PART/TIME (8.30 / 12.45)
 - ORARIO NORMALE (8.30 / 16.15)
 - PROLUNGAMENTO ORARIO (*) (16.15 / 18.15)
- con decorrenza dal mese di _____

(*) pre-ingresso e prolungamento orario possono essere richiesti se sussistono motivi di lavoro per entrambi i genitori; il prolungamento orario può essere concesso solo al compimento di un anno di età del bambino

Il/la sottoscritto/a avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 3, 46 e 47 del Testo Unico in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 dello stesso T.U., in caso di attestazioni e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA quanto segue :

A. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

COMPONENTI FAMILIARI: n. _____

Il bambino di cui si chiede l'ammissione è:

- Disabile**
(con certificazione dell'A.U.S.L. ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992)
- con particolari problemi psico-fisici**
(allegare certificazione di struttura sanitaria pubblica o convenzionata)
- in situazione di grave disagio socio-culturale**
(allegare certificazione del servizio di neuropsichiatria infantile dell'A.U.S.L. e/o del servizio sociale minori distrettuale e/o del servizio sociale comunale)
- in affido familiare**
- in adozione o affido pre-adoattivo**
- Nella famiglia è presente un solo genitore, limitatamente ai seguenti casi :**
Ai fini del punteggio la famiglia è considerata composta da un solo genitore soltanto nel caso in cui ricorra una delle condizioni sottoelencate
 - vedovo/a
 - separato/a legalmente
 - divorziato/a
 - bambino riconosciuto da un solo genitore*(le convivenze con nuovo/a compagno/a sono ritenute come nucleo familiare con 2 genitori)*
- Domanda di ammissione al nido per figli gemelli**
- altri figli minori conviventi** **(specificare cognome, nome e data di nascita – si considera l'età compiuta o da compiere entro l'anno solare)**

* da 0 a 3 anni _____

* da 4 a 10 anni _____

* da 11 a 14 anni _____

* oltre i 14 anni _____

la madre è in attesa di un altro bambino

(allegare **certificato medico** attestante lo stato di gravidanza)

Altre persone conviventi in famiglia

Cognome e nome data di nascita
rapporto di parentela..... professione

Cognome e nome data di nascita
rapporto di parentela..... professione

Cognome e nome data di nascita
rapporto di parentela..... professione

presenza **nel nucleo familiare** di persona avente necessità di assistenza, in situazione di **invalidità pari o superiore al 67%** (**specificare cognome e nome, grado di parentela, grado di invalidità**)

(allegare **certificazione** attestante il grado di invalidità)

B. SITUAZIONE LAVORATIVA GENITORI

(il punteggio si attribuisce ad ogni genitore)

PADRE:

Cognome _____ Nome _____

nato il _____ a _____

Codice Fiscale _____

residente (indicare solo **se non convivente** con il/la figlio/a per cui viene presentata la domanda)

a _____ via _____ n° _____

OCCUPATO

PROFESSIONE (specificare) _____

lavoro dipendente

lavoro autonomo

Denominazione ditta _____

Indirizzo della ditta _____

(località, via, n° civico)

Telefono _____ **e-mail** _____

Sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo) _____

lavoro a tempo indeterminato

data di assunzione: _____

lavoro a tempo **determinato**

data assunzione: _____ **scadenza contratto:** _____

(sono compresi i lavoratori con incarico annuale in ambito scolastico, lavoratori atipici, contratto di formazione lavoro, apprendistato, dottorato, borsista, specializzando, lavoro interinale, servizio civile)

Orario di lavoro settimanale:

▪ **spezzato:** mattino dalle ore _____ alle ore _____
pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

▪ **turni** → a rotazione giornaliera settimanale

(specificare orari dei turni) : _____

Numero ore lavorative settimanali *

*** dichiarazione delle ore lavorative settimanali anche per il lavoratore autonomo**

dalle 30 alle 40 ore

dalle 19 alle 29 ore

fino a 18 ore

(l'orario degli insegnanti statali a tempo pieno è fissato convenzionalmente in 35 ore settimanali)

Lavoratore occupato in supplenze / lavori stagionali o temporanei per un periodo di almeno 4 mesi (nell'anno solare in corso)

specificare _____

Lavoratore occupato in supplenze / lavori stagionali o temporanei per un periodo inferiore ai 4 mesi (nell'anno solare in corso)

specificare _____

DISAGI DI LAVORO

Pendolare (distanza chilometrica tra il Comune di residenza e il Comune del luogo di lavoro – **solo andata – oltre i 20 Km**)

specificare _____

Lavoratore **turnista** con impegno **notturno** in orario compreso **fra le ore 22.00' e le ore 06.00'**

specificare turno _____

Lavoratore **con reperibilità distribuita sulle 24 ore (da lunedì a venerdì, almeno 2 volte al mese)**

specificare _____

Lavoratore **part-time con orari disagiati (con turni differenziati nell'arco delle 24 ore)**

specificare _____

Lavoratore **senza sede fissa** con spostamenti **quotidiani e abituali** per distanze **superiori ai 20 km. (rappresentanti, agenti di commercio, assimilati)**

Assente dalla famiglia per lavoro, studio, tirocinio, stage, servizio civile **(con pernottamento fuori casa)**

da 3 a 5 giorni la settimana per periodi complessivi **non inferiori ai 4 mesi**

da 1 a 2 giorni la settimana per periodi complessivi **non inferiori ai 4 mesi**

Assente continuativamente dalla famiglia per periodi complessivi di **almeno 4 mesi**

NON OCCUPATO

in cassa integrazione o in mobilità

iscritto in graduatorie per supplenze e incarichi

specificare _____

iscritto al Centro per l'Impiego (*iscrizione certificata*)

non iscritto in graduatorie per supplenze e incarichi o al Centro per l'Impiego

in stato di disoccupazione **non riconosciuta** (*senza documentazione*)

in condizione **non professionale** (*occupato in attività domestiche, pensionato, ecc.....*)

STUDENTE

STUDENTE LAVORATORE regolarmente iscritto a:

(vengono considerati solamente i corsi di scuola dell'obbligo o secondaria di secondo grado pubbliche o paritarie, a corsi universitari, con attestazione di almeno 3 esami svolti nell'ultimo anno accademico, a scuole di specializzazione o formazione) - allegare fotocopia del libretto universitario

senza obbligo di frequenza

con obbligo di frequenza o tirocinio obbligatorio

fino a 20 ore settimanali

oltre le 20 ore settimanali

Per gli studenti lavoratori al punteggio assegnato per la categoria di studente è sommato il punteggio per la categoria di lavoratore.

MADRE:

Cognome _____ Nome _____

nata il _____ a _____

Codice Fiscale _____

residente (*indicare solo se non convivente con il/la figlio/a per cui viene presentata la domanda*)

a _____ via _____ n° _____

OCCUPATA

PROFESSIONE (*specificare*) _____

lavoro dipendente

lavoro autonomo

Denominazione ditta _____

Indirizzo della ditta _____

(località, via, n° civico)

Telefono _____ **e-mail** _____

Sede di lavoro (*se diverso dall'indirizzo*) _____

lavoro a tempo **indeterminato** data di **assunzione:** _____

lavoro a tempo **determinato**

data assunzione: _____ **scadenza contratto:** _____

(sono compresi i lavoratori con incarico annuale in ambito scolastico, lavoratori atipici, contratto di formazione lavoro, apprendistato, dottorato, borsista, specializzando, lavoro interinale, servizio civile)

Orario di lavoro settimanale:

▪ **spezzato:** mattino dalle ore _____ alle ore _____
pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

▪ **turni** → a rotazione giornaliera settimanale

(specificare orari dei turni) : _____

Numero ore lavorative settimanali *

* **dichiarazione delle ore lavorative settimanali anche per il lavoratore autonomo**

dalle 30 alle 40 ore

dalle 19 alle 29 ore

fino a 18 ore

(l'orario degli insegnanti statali a tempo pieno è fissato convenzionalmente in 35 ore settimanali)

DISAGI DI LAVORO

Pendolare (distanza chilometrica tra il Comune di residenza e il Comune del luogo di lavoro – **solo andata – oltre i 20 Km**)

specificare _____

Lavoratrice **turnista** con impegno **notturno** in orario compreso **fra le ore 22.00' e le ore 06.00'**
specificare turno _____

Lavoratrice **con reperibilità sulle 24 ore** (**da lunedì a venerdì, almeno 2 volte al mese**)

specificare _____

Lavoratrice **part-time con orari disagiati** (**con turni differenziati nell'arco delle 24 ore**)

specificare _____

Lavoratrice **senza sede fissa** con spostamenti **quotidiani** e **abituali** per distanze **superiori ai 20 km.**
(rappresentanti, agenti di commercio, assimilati)

Assente dalla famiglia per lavoro, studio, tirocinio, stage, servizio civile (**con pernottamento fuori casa**)

da 3 a 5 giorni la settimana per periodi complessivi **non inferiori ai 4 mesi**

da 1 a 2 giorni la settimana per periodi complessivi **non inferiori ai 4 mesi**

Assente continuativamente dalla famiglia per periodi complessivi **di almeno 4 mesi**

NON OCCUPATA

in cassa integrazione o in mobilità

iscritta in graduatorie per supplenze e incarichi

specificare _____

- iscritta al Centro per l'Impiego (*iscrizione certificata*)
- non iscritta** in graduatorie per supplenze e incarichi o al Centro per l'Impiego
- in stato di disoccupazione **non riconosciuta** (*senza documentazione*)
- in condizione **non professionale** (*occupata in attività domestiche, pensionata ecc.....*)

STUDENTESSA

STUDENTESSA LAVORATRICE regolarmente iscritta a:

(vengono considerati solamente i corsi di scuola dell'obbligo o secondaria di secondo grado pubbliche o paritarie, a corsi universitari, con attestazione di almeno 3 esami svolti nell'ultimo anno accademico, a scuole di specializzazione o formazione) - **allegare fotocopia del libretto universitario**

- senza obbligo di frequenza
- con obbligo di frequenza o tirocinio obbligatorio
 - fino a 20 ore settimanali
 - oltre le 20 ore settimanali

Per la studentessa che lavora al punteggio assegnato per la categoria di studentessa è sommato quello attribuito per la categoria di lavoratrice.

C. AFFIDABILITA' EXTRA-FAMILIARE

Il punteggio è attribuito, per ogni nonno, solamente se sussiste almeno una delle condizioni di "impossibilità" – oppure – di "difficoltà" ad affidare il bambino. Per ogni nonno si considera un solo punteggio, quello relativo alla condizione di maggior disagio. Qualora non ricorra alcuna delle condizioni previste, non è attribuito alcun punteggio.

NONNO PATERNO (indicare cognome e nome, anche in caso di decesso o residenza all'estero)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Professione _____

1. Condizione di impossibilità ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- deceduto**
- inesistente**
- impedito fisicamente **con invalidità pari o superiore al 67 %** (*allegare certificato di istituzione sanitaria pubblica*)
- affetto da **gravi patologie** (*allegare certificazione **specialistica** di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
- ospite di struttura per anziani
- anzianità di **almeno 70 anni** (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)

- residente fuori Comune (**oltre i 10 Km. di distanza**)
- occupato in attività lavorativa a tempo pieno (**oltre le 26 ore settimanali**)
(**specificare** se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, luogo, indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali) :

- impegnato nella cura di coniuge e/o parente convivente o non , con invalidità pari o superiore al 67%
specificare :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
percentuale di invalidità (*documentare*) _____

2. Condizione di **difficoltà** ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- parzialmente impedito fisicamente perché affetto da patologie (*con certificazione **specialistica** di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
- con invalidità **dal 33% al 66%** (*documentare*)
- anzianità di **almeno 65 anni** (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
- residente fuori Comune (*per distanze **entro i 10 Km***)
- occupato in attività lavorative part-time (**entro le 26 ore settimanali**)
(**specificare** se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, luogo, indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali) :

- impegnato nella cura di genitore e/o parente ultraottantenne
specificare :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
data di nascita _____

- accudisce altro/a nipote non inserito/a in nidi d'infanzia e/o scuole d'infanzia
specificare :
Cognome e nome _____
data di nascita _____
residenza _____

NONNA PATERNA (indicare cognome e nome, anche in caso di decesso o residenza all'estero)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Professione _____

1. Condizione di **impossibilità ad affidare il bambino per il seguente motivo:**

- deceduta**
- inesistente**
- impedita fisicamente con **invalidità pari o superiore al 67 %** (*allegare certificato di istituzione sanitaria pubblica*)
- affetta da gravi patologie (*allegare certificazione **specialistica** di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
- ospite di struttura per anziani
- anzianità di **almeno 70 anni** (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
- residente fuori Comune (*oltre i 10 Km. di distanza*)
- occupata in attività lavorativa a tempo pieno (**oltre le 26 ore settimanali**) (***specificare** se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, luogo, indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali*) :

- impegnata nella cura di coniuge e/o parente convivente o non , con invalidità pari o superiore al 67% *specificare* :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
percentuale di invalidità (*documentare*) _____

2. Condizione di **difficoltà ad affidare il bambino per il seguente motivo:**

- parzialmente impedita fisicamente perché affetta da patologie (*con certificazione **specialistica** di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
- con invalidità **dal 33% al 66%** (*documentare*)
- anzianità di **almeno 65 anni** (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
- residente fuori Comune (*per distanze **entro i 10 Km***)
- occupata in attività lavorative part-time (**entro le 26 ore settimanali**) (***specificare** se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, luogo, indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali*) :

- impegnata nella cura di genitore e/o parente ultraottantenne *specificare* :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
data di nascita _____
- accudisce altro/a nipote non inserito/a in nidi d'infanzia e/o scuole d'infanzia *specificare* :
Cognome e nome _____
data di nascita _____
residenza _____

NONNO MATERNO (indicare cognome e nome, anche in caso di decesso o residenza all'estero)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Professione _____

1. Condizione di impossibilità ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- deceduto**
- inesistente**
- impedito fisicamente con **invalidità pari o superiore al 67 %** (allegare certificato di istituzione sanitaria pubblica)
- affetto da gravi patologie (allegare certificazione **specialistica** di struttura sanitaria pubblica o convenzionata)
- ospite di struttura per anziani
- anzianità di **almeno 70 anni** (da compiersi entro l'anno solare in corso)
- residente fuori Comune (**oltre i 10 Km.** di distanza)
- occupato in attività lavorativa a tempo pieno (**oltre le 26 ore settimanali**) (**specificare** se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, luogo, indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali) :

- impegnato nella cura di coniuge e/o parente convivente o non , con invalidità pari o superiore al 67% *specificare* :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
percentuale di invalidità (documentare) _____

2. Condizione di difficoltà ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- parzialmente impedito fisicamente perché affetto da patologie (con certificazione **specialistica** di struttura sanitaria pubblica o convenzionata)
- con invalidità **dal 33% al 66%** (documentare)
- anzianità di **almeno 65 anni** (da compiersi entro l'anno solare in corso)
- residente fuori Comune (per distanze **entro i 10 Km**)
- occupato in attività lavorative part-time (**entro le 26 ore settimanali**) (**specificare** se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, luogo, indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali) :

- impegnato nella cura di genitore e/o parente ultraottantenne *specificare* :

Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
data di nascita _____

- accudisce altro/a nipote non inserito/a in nidi d'infanzia e/o scuole d'infanzia
specificare :

Cognome e nome _____
data di nascita _____
residenza _____

NONNA MATERNA (indicare cognome e nome, anche in caso di decesso o residenza all'estero)

Cognome e nome _____
Data di nascita _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Professione _____

1. Condizione di impossibilità ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- deceduta**
 inesistente
 impedita fisicamente con invalidità **pari o superiore al 67 %** (*allegare certificato di istituzione sanitaria pubblica*)
 affetta da gravi patologie
(*allegare certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
 ospite di struttura per anziani
 anzianità di **almeno 70 anni** (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
 residente fuori Comune (*oltre i 10 Km. di distanza*)
 occupata in attività lavorativa a tempo pieno (*oltre le 26 ore settimanali*)
(*specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, luogo, indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali*) :

- impegnata nella cura di coniuge e/o parente convivente o non , con invalidità pari o superiore al 67%
specificare :

Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
percentuale di invalidità (*documentare*) _____

2. Condizione di difficoltà ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- parzialmente impedita fisicamente perché affetta da patologie (*con certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
 con invalidità **dal 33% al 66%** (*documentare*)
 anzianità di **almeno 65 anni** (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)

- residente fuori Comune (per distanze **entro i 10 Km**)
- occupata in attività lavorative part-time (**entro le 26 ore settimanali**)
(**specificare** se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, luogo, indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali) :

- impegnata nella cura di genitore e/o parente ultraottantenne

specificare :

Cognome e nome _____

residenza _____

grado di parentela _____

data di nascita _____

- accudisce altro/a nipote non inserito/a in nidi d'infanzia e/o scuole d'infanzia

specificare :

Cognome e nome _____

data di nascita _____

residenza _____

D. CONDIZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE

La presentazione dell'attestazione ISEE non è obbligatoria.

Sarà valutata **solo in caso di parità di punteggio complessivo**, facendo precedere in graduatoria l'utente collocato nella fascia più bassa. Qualora non venga presentata non sarà attribuito il punteggio.

- Allego attestazione ISEE**

VALORE ISEE _____

OBBLIGATORIETA' DELLE VACCINAZIONI NEI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA – Legge 31 luglio 2017, n. 119.

Il sottoscritto genitore DICHIARA:

1) di essere a conoscenza circa l'obbligatorietà delle vaccinazioni e di impegnarsi a sottoporre la/il **bambina/o**, per cui si presenta domanda, alle **vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente**;

2) di essere a conoscenza che il **Servizio dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord "Servizi Educativi 0-6 anni"** acquisirà le informazioni relative all'assolvimento dell'obbligo vaccinale direttamente presso l'**AUSL** per gli iscritti all'anagrafe vaccinale della Regione Emilia Romagna;

3) di consegnare al Servizio Istruzione, presso lo Sportello Territoriale di Concordia s/S, il **certificato vaccinale poiché non iscritto all'anagrafe vaccinale regionale (non residenti nella Regione Emilia Romagna)**.

Il sottoscritto genitore

DICHIARA

- che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero;
- di autorizzare qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;
- di impegnarsi a produrre i documenti eventualmente richiesti dal Servizio Istruzione Territoriale nell'ambito di tali verifiche;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di attestazioni e dichiarazioni mendaci e che la riscontrata non veridicità dei dati dichiarati, ovvero la mancata esibizione della relativa documentazione, in seguito a richiesta dell'Ente, comporta la decadenza del beneficio conseguito, nonché la segnalazione alla Procura della Repubblica, presso il Tribunale competente;
- di essere consapevole che, qualora emerga che il contenuto della presente dichiarazione non corrisponda a verità, i benefici eventualmente da essa prodotti decadranno immediatamente (art. 75 D.P.R. n.445/2000);
- **di essere a conoscenza delle informazioni contenute nella "Guida all'iscrizione al nido d'infanzia di Concordia s/S, anno educativo 2020/2021" Allegato A);**
- di essere a conoscenza che, in caso di mancato pagamento delle rette, l'Unione dei Comuni Modenesi Area Nord, dopo sollecito formale, provvederà alla riscossione coattiva delle somme dovute;
- in caso di ammissione, si impegna al pagamento delle rette relative al servizio nido secondo i criteri di applicazione, le modalità e i tempi stabiliti dall'Ente Locale.

IL SOTTOSCRITTO GENITORE, DOPO AVERLO CONCORDATO CON L'ALTRO, COOBBLIGATO AL PAGAMENTO DELLA RETTA, COMUNICA SIN DA ORA:

- **che il bollettino di pagamento dovrà essere intestato a:**

- IL PADRE** _____
- LA MADRE** _____

- **che il GENITORE COOBBLIGATO è:** _____

- che NON SUSSISTONO SOGGETTI COOBBLIGATI al pagamento delle rette**

- **che il bollettino di pagamento dovrà essere indirizzato al seguente recapito di corrispondenza (solo se diverso dalla residenza anagrafica)**

- **che altri figli fruiscono dei servizi scolastici dell'Unione** (in caso affermativo indicare quali):

- mensa scuola infanzia pre/ingresso scuola infanzia trasporto scuola infanzia
- mensa primaria pre/scuola prim / sec. 1° gr. trasporto scolastico sc. obbligo
- prolungamento orario primaria

- **autorizza l'Unione Comuni Modenesi Area Nord all'utilizzo del seguente indirizzo e-mail per eventuali comunicazioni inerenti alle procedure di iscrizione, ammissione e gestione del servizio**

-
- di aver effettuato le scelte indicate nel modulo in osservanza delle disposizioni del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

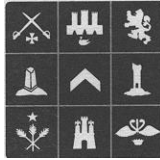
Luogo, data

IL GENITORE DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

*

* ALLEGA COPIA FOTOSTATICA FRONTE/RETRO DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL GENITORE DICHIARANTE



Unione Comuni Modenesi Area Nord

INFORMATIVA IN MERITO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO PER LA PROTEZIONE DEI DATI 2016/679

PREMESSA

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, l'UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è l'UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD con sede in viale Rimembranze n. 19 – MEDOLLA - T. 0535 29511 - F. 0535 29538 - @ unione@unioneareanord.mo.it - @ cert.unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it - W. www.unioneareanord.mo.it.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

L'UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD ha designato quale Responsabile della protezione dei dati lo Studio Commercialisti "Bisi" di Modena contattabile all'indirizzo di posta elettronica rpd@unioneareanord.mo.it.

RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

L'UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui il Comune ha la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dall'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 con tali soggetti il Comune sottoscrive contratti che vincolano il Responsabile del trattamento al rispetto dalla normativa.

SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei tuoi dati personali. I suoi dati vengono trattati con sistemi informatici e/o manuali attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dall'UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD per lo svolgimento di funzioni istituzionali ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e).

L'eventuale trattamento di dati particolari relativi ai componenti del nucleo familiare (coniugi e/o conviventi, parenti di primo e secondo grado e affini di primo grado) verrà effettuato sulla base giuridica del consenso ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. a).

I dati personali sono trattati per la seguente finalità:

SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA RELATIVA A GRADUATORIA, AMMISSIONE, FREQUENZA DEL NIDO D'INFANZIA E DELLE ATTIVITÀ AD ESSE CORRELATE E CONSEGUENTI, COMPRESO L'ADEMPIMENTO DELLE DISPOSIZIONI DI LEGGE IN MATERIA DI PREVENZIONE VACCINALE.

Nell'ambito di tale finalità il trattamento riguarda anche i dati relativi alle iscrizioni/registrazioni al portale necessari per la gestione dei rapporti con l'UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD, nonché per consentire un'efficace comunicazione istituzionale e per adempiere ad eventuali obblighi di legge, regolamentari o contrattuali.

DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I suoi dati personali non sono oggetto di diffusione.

I dati raccolti potranno essere comunicati o trasmessi ai soggetti previsti dalla Legge n. 241/1990 sull'accesso agli atti Amministrativi, ovvero a tutti coloro che ne hanno un interesse diretto, concreto, attuale, e corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata, nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa in parola e dei diritti del soggetto controinteressato;

ai soggetti previsti dall'art. 5, comma 2, del D. Lgs. n. 33/2013 disciplinante l'istituto dell'accesso civico generalizzato, nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa in parola e dei diritti del soggetto controinteressato;

ad altri Enti Pubblici se la comunicazione è prevista da disposizioni di legge;

ad altri soggetti Pubblici previa motivata richiesta e per ragioni istituzionali dell'Ente;

a soggetti privati quando previsto da norme di legge, solo in forma anonima e aggregata. I dati potranno essere altresì pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Ente – sezione Amministrazione Trasparente, laddove ciò sia previsto dalle disposizioni contenute nel D. Lgs. n. 33/2013.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A PAESI EXTRA UE

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea, salvo i casi previsti da specifici obblighi normativi.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

I SUOI DIRITTI

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- a) di accesso ai dati personali;
- b) di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- c) di opporsi al trattamento;
- d) di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra l'interessato può contattare:

- il Responsabile della protezione dei dati dell'UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD:
Studio di commercialisti Bisi contattabile all'indirizzo di posta elettronica rpd@unioneareanord.mo.it
- Il Titolare del trattamento dei dati personali UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD con sede in viale Rimembranze n. 19 – MEDOLLA - T. 0535 29511 - F. 0535 29538 - @ unione@unioneareanord.mo.it - @ cert. unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it - W. www.unioneareanord.mo.it..

Eventuali reclami andranno proposti all'AUTORITÀ DI CONTROLLO, GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI - Piazza di Monte Citorio n. 121 - 00186 Roma - T. 06 696771 - F. 06 696773785 - @ garante@gdp.it - @cert. protocollo@pec.gdp.it - W. www.garanteprivacy.it

L'informativa estesa è consultabile online sul sito www.unioneareanord.mo.it.

CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate.

Firma per presa visione dell'informativa _____

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Data Luogo

Cognome e Nome

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali particolari.

SI NO

Firma consenso _____