

PROTOCOLLO

PUNTEGGIO



**Unione Comuni Modenesi Area Nord
Servizi Educativi e Istruzione**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLO SPAZIO BAMBINI “HAKUNA MATATA” DEL COMUNE DI
SAN FELICE SUL PANARO (MO), ANNO EDUCATIVO 2025/2026.**

(si prega di compilare in stampatello)

I SOTTOSCRITTI GENITORI/TUTORI:

Genitore/tutore richiedente e intestatario fattura:

Cognome e Nome _____

nato a _____ il _____

C. F. _____ residente a _____ ()

Via _____ n. _____

Telefono n. _____

Indirizzo/i e-mail da utilizzare per comunicazioni inerenti le procedure di iscrizione, ammissione e
gestione del servizio _____

(scrivere in modo leggibile)

Altro genitore/tutore

Cognome e Nome _____

nato a _____ il _____

C. F. _____ residente a _____ ()

Via _____ n. _____

Telefono n. _____

Indirizzo/i e-mail da utilizzare per comunicazioni inerenti le procedure di iscrizione, ammissione e gestione
del servizio _____

(scrivere in modo leggibile)

CHIEDONO L'AMMISSIONE AL NIDO DI INFANZIA

per il/la figlio/a

Cognome e Nome _____ ☐ M ☐ F

nato a _____ il _____

C. F. _____ residente a _____ ()

Via _____ n. _____

Lo Spazio Bambini “Hakuna Matata” accoglie bambini e bambine dai 12 ai 36 mesi è aperto cinque giorni la settimana, di norma dal Lunedì al Venerdì, indicativamente dalle 8.00 alle 13.00 senza pasto

SERVIZI aggiuntivi

Da confermare su apposito modulo a seguito della comunicazione di ammissione al nido

☐ Pre-ingresso (dalle ore 7,30 alle ore 8,00)

Il servizio di Pre-ingresso può essere richiesto solo se sussistono motivi di lavoro per entrambi i genitori.

Avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 in materia di semplificazione amministrativa dichiara quanto segue:

A. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

- ☐ **Bambino/a con certificazione di disabilità ai sensi della L.104/1992**
(allegare certificazione)

- ☐ **Bambino/a con nucleo familiare in carico ai servizi sociali, con relazione sanitaria o altra certificazione medica**
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica o convenzionata)

Assenza di un genitore:

(la convivenza con nuovo/a compagno/a è ritenuta presenza nel nucleo familiare):

- ☐ minore orfano o riconosciuto da un solo genitore.

- Minore con genitori non conviventi residenti in Comuni diversi:

- ☐ oltre i 20 km;
☐ meno di 20 km;
☐ Minore con genitori non conviventi residenti nello stesso Comune.

Fratelli conviventi:

(il punteggio è attribuito ad ogni fratello e si considera il compimento dell'età entro l'anno solare di presentazione della domanda)

- ☐ da 0 a 5 anni;
☐ da 6 a 11 anni;
☐ da 12 anni e oltre

- ☐ **Figli gemelli**
(il punteggio è assegnato a ciascuna domanda)

- ☐ **Madre in gravidanza**
(allegare certificato rilasciato dalla struttura sanitaria competente)

- ☐ **Familiare convivente con necessità di assistenza, in situazione di invalidità pari o superiore al 67%**
(specificare nome, cognome, grado di parentela e allegare certificato rilasciato dalla struttura sanitaria competente):

B. SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI. Occupato con rapporto di lavoro dipendente o autonomo a tempo indeterminato o determinato

(incarico annuale, lavoratore atipico, contratto di formazione lavoro, lavoro a progetto, apprendistato, dottorato, borsista, specializzando, lavoro interinale, servizio civile; l'orario degli insegnanti è fissato in 35 ore settimanali)

1. Genitore/Tutore richiedente. Nome e cognome _____

Occupato:

- ☐ Dipendente a tempo determinato data assunzione _____ scadenza contratto _____
- ☐ dipendente a tempo indeterminato, data di assunzione _____
- ☐ autonomo.

Professione _____

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

Telefono ed e mail _____

Sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo) _____

Orari di lavoro/ turni _____

Numero ore lavorative settimanali *(dichiarazione delle ore anche per il lavoratore autonomo):*

- ☐ dalle 30 alle 40 ore
- ☐ dalle 19 alle 29 ore
- ☐ fino a 18 ore

Lavoratore occupato in supplenza/lavoro stagionale o temporaneo *(nell'anno solare in corso):*

Specificare lavoro, sede, periodo assunzione:

- ☐ per un periodo pari o superiore a 4 mesi nell'anno.
- ☐ per un periodo inferiore a 4 mesi nell'anno

Disagi di lavoro:

- assente con pernottamento fuori casa:

- ☐ per tutta la settimana nel mese;
- ☐ per almeno due settimane nel mese;
- ☐ per almeno tre giorni nel mese.

- ☐ Pendolare con sede fissa distanza casa-lavoro oltre 20 km
- ☐ Lavoratore senza sede fissa con spostamenti a distanza superiore a 20 km
- ☐ Lavoratore turnista con impegno notturno tra le ore 20.00 e le ore 8.00 con turno pari o superiore a 6 ore *(specificare)* _____
- ☐ Lavoratore part time con orari disagiati e turni differenziati nelle 24 ore *(specificare):* _____

Lavoratore non occupato:

- ☐ in cassa integrazione o in mobilità;
☐ iscritto in graduatorie per assunzioni a tempo determinato o indeterminato e/o supplenze (*specificare graduatoria*)

- ☐ iscritto al centro per l'impiego con sottoscrizione del patto di servizio.
(il richiedente può allegare la certificazione di sottoscrizione del patto di servizio)

Studente, regolarmente iscritto a: _____

(vengono considerati corsi di scuola dell'obbligo o secondaria di primo e secondo grado, pubblica o paritaria, o a scuola di specializzazione e/o formazione o a corso universitario di almeno tre esami sostenuti nell'ultimo anno accademico)
Allegare certificazione attestante gli esami universitari sostenuti).

Il punteggio è sommato a quello relativo alla situazione lavorativa

2. Altro genitore/tutore. Nome e cognome _____

Occupato:

- ☐ Dipendente a tempo determinato data assunzione _____ scadenza contratto _____
☐ Dipendente a tempo indeterminato data di assunzione _____
☐ autonomo

Professione _____

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

Telefono ed e – mail _____

Sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo) _____

Orari di lavoro/ turni _____

Numero ore lavorative settimanali

(dichiarazione delle ore anche per il lavoratore autonomo):

- ☐ dalle 30 alle 40 ore
☐ dalle 19 alle 29 ore
☐ fino a 18 ore

Lavoratore occupato in supplenza/lavoro stagionale o temporaneo (nell'anno solare in corso):

Specificare lavoro, sede, periodo assunzione

- ☐ per un periodo pari o superiore a 4 mesi nell'anno;
☐ per un periodo inferiore a 4 mesi nell'anno.

Disagi di lavoro:

- assente con pernottamento fuori casa:

- ☐ per tutta la settimana nel mese;
 - ☐ per almeno due settimane nel mese;
 - ☐ per almeno tre giorni nel mese.

 - ☐ Pendolare con sede fissa distanza casa-lavoro oltre 20 km;
 - ☐ Lavoratore senza sede fissa con spostamenti a distanza superiore a 20 km
 - ☐ Lavoratore turnista con impegno notturno tra le ore 20.00 e le ore 8.00 con turno pari o superiore a 6 ore (*specificare*) ;
 - ☐ Lavoratore part time con orari disagiati e turni differenziati nelle 24 ore:
(*specificare*) _____
-

Lavoratore non occupato:

- ☐ in cassa integrazione o in mobilità;
- ☐ iscritto in graduatorie per assunzioni a tempo determinato o indeterminato e/o supplenze
(*specificare graduatoria*) _____

- ☐ iscritto al centro per l'impiego con sottoscrizione del patto di servizio.
(*il richiedente può allegare la certificazione di sottoscrizione del patto di servizio*)

Studente, regolarmente iscritto a:

(vengono considerati corsi di scuola dell'obbligo o secondaria di primo e secondo grado, pubblica o paritaria, o a scuola di specializzazione e/o formazione o a corso universitario di almeno tre esami sostenuti nell'ultimo anno accademico)
Allegare certificazione attestante gli esami universitari sostenuti).
Il punteggio è sommato a quello relativo alla situazione lavorativa

C. AFFIDABILITA' EXTRA FAMILIARE

(Il punteggio è attribuito per ogni nonno, solamente se sussiste una delle condizioni di "impossibilità" o "difficoltà" ad affidare il/la bambino/a. 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)

1. Padre del genitore/tutore richiedente.

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ via n. _____

Condizione di impossibilità all'affidamento:

- ☐ deceduto;
- ☐ inesistente (solo per mancato riconoscimento del genitore)
- ☐ impedito fisicamente con invalidità pari o superiore a 67%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente)
- ☐ ospite di struttura per anziani

Specificare sede e indirizzo struttura

- ☐ anzianità di almeno 70 anni da compiersi nell'anno solare in corso
- ☐ assiste coniuge o parente con invalidità pari o superiore a 67%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente), specificare:

nome e cognome _____

residenza _____

grado di parentela _____

- ☐ distante oltre i 20 km
- ☐ occupato a tempo pieno oltre le 26 ore settimanali:

Professione (specificare se autonomo o dipendente):

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

n° delle ore lavorative settimanali _____

Condizione di difficoltà all'affidamento

- ☐ parzialmente impedito fisicamente per invalidità dal 33% al 66%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente)
- ☐ anzianità di almeno 65 anni da compiersi nell'anno solare in corso
- ☐ residente oltre i 10 km di distanza
- ☐ occupato in lavoro a part time meno di 26 ore settimanali , specificare:

Professione:

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

n° delle ore lavorative settimanali (specificare) _____

2. Madre del genitore/tutore richiedente.

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ via n. _____

.....

Condizione di impossibilità all'affidamento:

- ☐ deceduto
- ☐ inesistente (solo per mancato riconoscimento del genitore)
- ☐ impedito fisicamente con invalidità pari o superiore a 67%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente)
- ☐ ospite di struttura per anziani

Specificare sede e indirizzo struttura

- ☐ anzianità di almeno 70 anni da compiersi nell'anno solare in corso
- ☐ assiste coniuge o parente con invalidità pari o superiore a 67%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente), specificare:

nome e cognome _____

residenza _____

grado di parentela _____

- ☐ distante oltre i 20 km
- ☐ occupato a tempo pieno oltre le 26 ore settimanali:

Professione (specificare se autonomo o dipendente):

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

n° delle ore lavorative settimanali (specificare)

Condizione di difficoltà all'affidamento

- ☐ parzialmente impedito fisicamente per invalidità dal 33% al 66%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente)
- ☐ anzianità di almeno 65 anni da compiersi nell'anno solare in corso
- ☐ residente oltre i 10 km di distanza
- ☐ occupato in lavoro a part time meno di 26 ore settimanali:

Professione (specificare se autonomo o dipendente)

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

n° delle ore lavorative settimanali (specificare) _____

3. Padre altro genitore/tutore richiedente.

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ via n. _____

.....

Condizione di impossibilità all'affidamento:

- ☐ deceduto;
- ☐ inesistente (solo per mancato riconoscimento del genitore);
- ☐ impedito fisicamente con invalidità pari o superiore a 67%;
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente)
- ☐ ospite di struttura per anziani

Specificare sede e indirizzo struttura

- ☐ anzianità di almeno 70 anni da compiersi nell'anno solare in corso;
- ☐ assiste coniuge o parente con invalidità pari o superiore a 67%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente), specificare:

nome e cognome _____

residenza _____

grado di parentela _____

- ☐ distante oltre i 20 km
- ☐ occupato a tempo pieno oltre le 26 ore settimanali:

Professione (specificare se autonomo o dipendente):

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

n° delle ore lavorative settimanali (specificare)

Condizione di difficoltà all'affidamento

- ☐ parzialmente impedito fisicamente per invalidità dal 33% al 66%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente)
- ☐ anzianità di almeno 65 anni da compiersi nell'anno solare in corso
- ☐ residente oltre i 10 km di distanza
- ☐ occupato in lavoro a part time meno di 26 ore settimanali:

Professione (specificare se autonomo o dipendente)

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

n° delle ore lavorative settimanali (specificare) _____

4. Madre altro genitore/tutore richiedente.

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ via n. _____

.....

Condizione di impossibilità all'affidamento:

- ☐ deceduto;
- ☐ inesistente (solo per mancato riconoscimento del genitore)
- ☐ impedito fisicamente con invalidità pari o superiore a 67%;
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente)
- ☐ ospite di struttura per anziani

Specificare sede e indirizzo struttura

- ☐ anzianità di almeno 70 anni da compiersi nell'anno solare in corso;
- ☐ assiste coniuge o parente con invalidità pari o superiore a 67%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente), specificare:

nome e cognome _____

residenza _____

grado di parentela _____

- ☐ distante oltre i 20 km
- ☐ occupato a tempo pieno oltre le 26 ore settimanali:

Professione (specificare se autonomo o dipendente):

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

n° delle ore lavorative settimanali (specificare)

Condizione di difficoltà all'affidamento

- ☐ parzialmente impedito fisicamente per invalidità dal 33% al 66%
(allegare certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente)
- ☐ anzianità di almeno 65 anni da compiersi nell'anno solare in corso
- ☐ residente oltre i 10 km di distanza
occupato in lavoro a part time meno di 26 ore settimanali:

Professione (specificare se autonomo o dipendente)

Denominazione ditta e indirizzo, località, n° civico _____

n° delle ore lavorative settimanali (specificare) _____

D. CONDIZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

In caso di parità di punteggio la successione in graduatoria è determinata secondo il valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente, DPCM n° 159/2013 e ss.mm), certificato dall'INPS e riferito alle prestazioni agevolate rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni.

Si fa precedere in graduatoria la famiglia con il valore ISEE più basso.

In caso di parità di punteggio in assenza di certificazione ISEE, si fa precedere in graduatoria il bambino di maggiore età.

- ☐ Allego attestazione ISEE
- ☐ NON allego attestazione 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 il /la bambino/a, per cui si presenta domanda, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente;
- 2) di allegare alla presente domanda di iscrizione il certificato vaccinale con validità fino alla data del

4) di impegnarsi ad inoltrare allo Sportello Istruzione le successive certificazioni per vaccinazioni avvenute dopo la presentazione della domanda di iscrizione al servizio

5) di essere a conoscenza che il Servizio dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord "Servizi Educativi e Istruzione" potrà acquisire nel corso dell'anno educativo informazioni relative all'assolvimento dell'obbligo vaccinale direttamente presso l'AUSL per gli iscritti all'anagrafe vaccinale della regione Emilia Romagna

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto genitore

DICHIARA

- che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero;
- di essere a conoscenza che UCMAN potrà effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni presentate, ai sensi dell'art. 71 e 72 del D.P.R. 445/2000. Possono inoltre essere effettuati controlli mirati laddove sussistano fondati dubbi sulla veridicità di quanto dichiarato;
- 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 ai nidi d'infanzia UCMAN", per l'anno educativo 2025/2026";
- di essere a conoscenza che, in caso di ammissione, il pagamento delle rette relative al servizio nido secondo i criteri di applicazione, sono dovuti al soggetto gestore: ASP (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord) per i nidi di infanzia di Concordia sulla Secchia, Medolla, San Felice sul Panaro e San Prospero e da Gulliver Società Cooperativa per il nido di Camposanto.
- di impegnarsi a corrispondere la retta di frequenza al servizio prescelto nei confronti dei gestori individuati dall' Ucmn e sopraindicati, autorizzando altresì lo stesso gestore al trattamento dei dati per le finalità del servizio educativo

Luogo e data _____

IL GENITORE DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

- se la domanda viene presentata in originale allo sportello istruzione, **consegnare la copia fotostatica di tutti gli allegati richiesti**
- se la domanda viene inviata per email, fare scansione pdf di tutti gli allegati, non si accettano fotografie:
 - C.I. GENITORE RICHIEDENTE
 - CERTIFICATO VACCINALE BIMBO/A in corso di validità
 - ATTESTAZIONE ISEE 2025

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi della Direttiva Comunitaria UE 2016/679 e del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i

Gentile Utente, Il D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm (Codice in materia di protezione dei dati personali), sancisce che "chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano" e individua una serie di garanzie e principi per assicurare il rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, la riservatezza, l'identità personale e il diritto alla protezione dei dati.

Ucman, nel rispetto dei principi sanciti dal Codice offre agli utenti la possibilità di interagire con il proprio portale per consultare o utilizzare i servizi dei nidi d'infanzia, accessibili attraverso l'apposito link raggiungibile dalla home page del proprio sito Istituzionale.

Ai sensi dell'art. 13 del predetto D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i. si forniscono le seguenti informazioni:

1) Finalità del trattamento: i suoi dati personali raccolti in funzione della sua qualità di Utente dei servizi Ucman, sono trattati esclusivamente per le finalità istituzionali previste da norme di Legge o di Regolamento, nell'ambito dell'ordinaria gestione e erogazione dei servizi forniti.

2) Modalità del trattamento: i dati sono trattati secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza, pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità di raccolta e di successivo trattamento.

I dati sono trattati esclusivamente da soggetti incaricati del trattamento, anche mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

3) Natura del trattamento : i servizi ai nidi d'infanzia sono accessibili previo conferimento facoltativo o obbligatorio dei dati. Qualora sia previsto il conferimento obbligatorio, l'eventuale rifiuto di fornire i dati richiesti impedisce l'accesso al servizio e comporta conseguentemente l'impossibilità da parte degli interessati di usufruire dei servizi offerti da Ucman.

4) Comunicazione e diffusione dei dati: i dati personali possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici e privati e possono essere diffusi, con esclusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, quando tali trattamenti siano previsti da disposizioni di legge, di regolamento o da accordi.

Inoltre, i dati potranno essere comunicati:

- a Regione Emilia Romagna per le attività di gestione, rendicontazione, monitoraggio e controllo previste da Regolamenti UE;
- ad Autorità di controllo nazionali ed europee nell'ambito delle loro attività istituzionali.

5) Il Titolare del trattamento è l'UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD (UCMAN) con sede Piazza della Repubblica 1, Medolla (MO). Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste, di cui al precedente paragrafo, all'Unione Comuni Modenesi Area nord, Ufficio per iscritto all'indirizzo pec unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it o recandosi direttamente presso la sede legale in Medolla (MO) in Piazza della Repubblica 1 (Telefono 0535412951 - Fax 053553809).

6) Il Responsabile del Trattamento è la Dott.ssa Marina Caffagni Responsabile dei Servizi Educazione e Istruzione, Settore Servizi alla Comunità dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord;

7) Soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali: l'Azienda Pubblica dei Servizi alla Persona dei Comuni Modenesi Area Nord (ASP) quale gestore, per conto dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord dei nidi di infanzia di Concordia sulla Secchia, San Prospero, San Felice sul Panaro e Medolla e società Cooperativa Gulliver quale gestore del nido di infanzia di Camposanto per conto dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord

Gli utenti in qualità di interessati del trattamento, possono esercitare i diritti elencati nell'art. 7 "Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti" del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. di seguito riportati:

a. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

b. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

c. L'interessato ha diritto di ottenere: l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

d. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Luogo e data _____

consenso al trattamento dei dati personali

firma di entrambi i genitori/tutori