



COMUNE DI RIVERGARO

Responsabile dott.ssa Cristina Grisleri



DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO NIDO **ANNO FORMATIVO 2025/2026**

Nome e Cognome del bambino: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

Comune di Residenza: _____

Indirizzo attuale: _____

Nazionalità: _____

Mail: _____



Pediatra di Famiglia: _____

Note:

PROTEZIONE DATI PERSONALI AI SENSI DEL GDPR N. 679/2016

Sottoscrizione in caso di dati sensibili

Si informa che, ai sensi dell'art.7 del GDPR "Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati personali", i dati forniti saranno trattati dal Comune di Rivergaro esclusivamente per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente. Il Titolare del trattamento è Comune di Rivergaro. Il Responsabile del trattamento è il Responsabile servizi Sociali Grisleri Dott.ssa Cristina. Il Responsabile della protezione dei dati personali è il Responsabile Servizi Sociali Grisleri Dott.ssa Cristina. Sono incaricati del trattamento dei dati personali i dipendenti autorizzati a compiere operazioni di trattamento. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma in taluni casi necessario per il corretto svolgimento dell'istruttoria e degli adempimenti procedurali o per l'erogazione del servizio; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti può comportare l'interruzione del procedimento o del servizio.

Il/La sottoscritto/a acquisite le informazioni di cui dall' art. 13 del GDPR n. 679/2016 "Codice in materia di protezione dei dati personali", acconsente al trattamento dei dati personali, propri o del minore sul quale esercita la patria potestà, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i medesimi sono dati sensibili.

Rivergaro lì,

(firma leggibile di almeno un genitore)

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

INTESTATARIO SCHEDA ANAGRAFICA

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

CONIUGE / CONVIVENTE

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

FIGLI

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

Scuola frequentata: _____

MATERNA / NIDO

ELEMENTARE

MEDIA

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

Scuola frequentata: _____

MATERNA / NIDO

ELEMENTARE

MEDIA

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

Scuola frequentata: _____

MATERNA / NIDO

ELEMENTARE

MEDIA

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

Scuola frequentata: _____

MATERNA / NIDO

ELEMENTARE

MEDIA

ALTRE NOTIZIE UTILI RELATIVE ALLA FAMIGLIA

1. GENITORE NON CONVIVENTE:

Nome e Cognome: _____ Grado di parentela: _____

2. ASSENZA DI UN GENITORE:

Nome e Cognome: _____

- MOTIVAZIONE: DECESSO
 MANCATO RICONOSCIMENTO
 ABBANDONO DEL NUCLEO (ATTESTATO DAI SERVIZI SOCIALI)
 DIVORZIO/ SEPARAZIONE

ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Nome e Cognome: _____ Grado di parentela: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Nome e Cognome: _____ Grado di parentela: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

TOTALE COMPONENTI IL NUCLEO FAMIGLIARE N° _____

Altre notizie utili relative al nucleo famigliare _____

SITUAZIONE OCCUPAZIONALE GENITORI

PADRE

C.F. _____

Condizione professionale

LAVORATORE AUTONOMO

LAVORATORE DIPENDENTE

Professione esercitata: _____

Ramo di attività: _____

Ragione Sociale e natura giuridica ditta: _____

Indirizzo ditta: _____



Data inizio attività: _____

N° dipendenti: _____

DISOCCUPATO

PENSIONATO

STUDENTE

ALTRO

DIPENDENTE PRECARIO O STAGIONALE

Se titolare di contratto di collaborazione coordinata e continuativa:

Data di inizio contratto: ____ / ____ / _____ Data di fine contratto: : ____ / ____ / _____

Nome dell'azienda / ente / soggetto con cui è stipulato il contratto: _____



MADRE **C.F.** _____

Condizione professionale

LAVORATORE AUTONOMO

LAVORATORE DIPENDENTE

Professione esercitata: _____

Ramo di attività: _____

Ragione Sociale e natura giuridica ditta: _____

Indirizzo ditta: _____



Data inizio attività: _____

N° dipendenti: _____

DISOCCUPATA

PENSIONATA

STUDENTE

ALTRO

DIPENDENTE PRECARIA O STAGIONALE

Se titolare di contratto di collaborazione coordinata e continuativa:

Data di inizio contratto: _____

___ / ___ / _____

Data di fine contratto: _____

___ / ___ / _____

Nome dell'azienda / ente / soggetto con cui è stipulato il contratto: _____



- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Assolvimento dell'obbligo vaccinale (antipolio, antidifterica, antitetanica e antiepatite B) ai sensi della L.R. 25 novembre 2016, n. 19 "SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA. ABROGAZIONE DELLA L.R. N. 1 DEL 10 GENNAIO 2000" | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Certificazione L. 104/92: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

ULTERIORI INFORMAZIONI SU CONDIZIONI ESIGENZE O PROBLEMI CHE SI RITIENE OPPORTUNO SEGNALARE

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

1. Dichiarazione Sostitutiva Unica e certificazione ISE / ISEE¹ in corso di validità
2. Eventuali certificazioni mediche attestanti lo stato di disabilità del minore o di altri componenti il nucleo
3. Attestazione di Situazione di disagio socio - economico rilasciata da Servizio Associato Sostegno Famiglie e Minori Comuni Rivergaro e Gossolengo
4. Documentazione comprovante l'iscrizione e/o la frequenza in altro nido per l'anno formativo 2024/2025
5. Eventuali altri documenti (specificare di seguito quali) o dichiarazioni sostitutive degli stessi o dichiarazioni sostitutive di atti notori, in carta libera sottoscritta dall'interessato e non soggette ad autenticazione della firma ai sensi del DPR 445 del 28 dicembre 2000.

¹ In caso di eventuali controlli sarà richiesta l'esibizione di adeguata documentazione a comprova di quanto auto dichiarato

IN CASO DI ATTIVAZIONE BUONO NIDO:

Accredito sul Conto Corrente Bancario Postale

(Codice IBAN = 27 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c/o Banca _____ Sede/Agenzia di _____

c/o Ufficio Postale di _____

intestato a _____

Il sottoscritto si impegna a consegnare copia contratto sottoscritto con la cooperativa gestrice.

IL/LA SOTTOSCRITTA PADRE/MADRE

(I CUI DATI ANAGRAFICI SONO INDICATI NELL'APPOSITA SEZIONE DEL PRESENTE MODULO)

CONSAPEVOLE CHE:

AI SENSI DEL D.P.R 455 DEL 28 DICEMBRE 2000

- *LE DICHIARAZIONI MENDACI LE FALSITA' IN ATTI E L'USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA*
- *QUALORA DA CONTROLLI EMERGA LA NON VERIDICITA' DEL CONTENUTO DELLE DICHIARAZIONI, IL DICHIARANTE DECADE DAL DIRITTO DI ASSEGNAZIONE DEL SERVIZIO, EVENTUALMENTE CONSEGUITO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.*

DICHIARA

**CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA
CORRISPONDE AL VERO:**

ED INOLTRE

- *AUTORIZZA QUALSIASI CONTROLLO SU STATI, E FATTI PERSONALI PROPRI O DI TERZI DICHIARATI*
- *SI IMPEGNA A PRODURRE I DOCUMENTI EVENTUALMENTE RICHIESTI*

IL / LA DICHIARANTE

RIVERGARO LI

*LA PRESENTE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA IN
PRESENZA DI UN INCARICATO DELL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI RIVERGARO*

*NEL CASO LA DOMANDA SIA SPEDITA O CONSEGNA DA ALTRI
È NECESSARIO ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
IN CORSO DI VALIDITÀ DI CHI HA FIRMATO.*

RISERVATO ALL'UFFICIO

*SI ATTESTA AI SENSI DEL D.LGS. 267/2000 E DEL D.P.R. 455/2000 CHE IL / LA DICHIARANTE HA SOTTOSCRITTO LA
PRESENTE DICHIARAZIONE IN MIA PRESENZA*

RIVERGARO LI _____

L'ADDETTA _____