
Dichiarazione sostitutiva
allegata alla domanda di ammissione al nido d'infanzia comunale
(artt. 47 e 48 D.P.R. 445/2000)

AL RESPONSABILE DEI SERVIZI GENERALI E DI COMUNICAZIONE

Il sottoscritto/a _____

Padre Madre Affidatario/Tutore

del/della minore _____

in relazione alla domanda di ammissione al nido d'infanzia comunale per l'anno educativo 2020/2021, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

1) di essere _____
(indicare lo stato civile: coniugato/a, celibe, nubile, divorziato/a, vedovo/a)

2) che il nucleo familiare convivente si compone, **oltre** al/alla sottoscritto/a:
(indicare i singoli componenti la famiglia ed il rapporto di parentela **CON IL DICHIARANTE**)

_____ rapp. parentela _____
Cognome, nome, data di nascita

_____ rapp. parentela _____
Cognome, nome, data di nascita

_____ rapp. parentela _____
Cognome, nome, data di nascita

_____ rapp. parentela _____
Cognome, nome, data di nascita

_____ rapp. parentela _____
Cognome, nome, data di nascita

Situazioni particolari (specificare eventuale **diversa residenza** di un genitore e di eventuali altri figli):

Dichiaro inoltre che:

- i genitori del/la bambino/a sono separati legalmente
- il/la bambino/a è riconosciuto/a da un solo genitore
- il/la bambino/a è orfano/a di un genitore di entrambi i genitori
- il/la bambino/a è in affidamento familiare non pre-adottivo;
- altro _____

3) la condizione di lavoro dei genitori del/la bambino/a è la seguente :

PADRE

Dipendente
 Ditta/Ente _____
 Sede lavorativa _____
 Tel. lavoro _____
 Settimana dal lun al ven dal lun al sab
 altro _____
 Orario lavoro _____

Libero professionista
 Professione _____
 Iscrizione albo _____
 n° _____
 Sede lavorativa _____
 Tel. lavoro _____
 Settimana dal lun al ven dal lun al sab
 altro _____
 Orario lavoro _____

Commerciante/Artigiano/Lav.autonomo
 Tipo attività _____
 Iscrizione CCIAA di _____ n° _____
 P. IVA n° _____
 Posizione INPS N° _____
 Sede lavorativa _____
 Tel. lavoro _____
 Settimana dal lun al ven dal lun al sab
 altro _____
 Orario lavoro _____

Disoccupato iscritto nelle liste di collocamento
 del Comune di _____

Lavoratore in mobilità
 altro _____

Pendolare con sede di lavoro:
 fino a 15 km oltre 15 km

Lavoratore con orario disagiato:
 con tre turni che variano nelle 24 ore giornaliere
 con orario settimanale spezzato o con turni che variano settimanalmente fino alle 36 ore settimanali
 con orario settimanale spezzato o con turni che variano settimanalmente oltre le 36 ore settimanali
 con turni di notte (orario minimo dalle 22 alle 6 per almeno 4 notti mensili)

Frequenta la scuola/Università
 Nome e sede _____
 altro _____

MADRE

Dipendente
 Ditta/Ente _____
 Sede lavorativa _____
 Tel. lavoro _____
 Settimana dal lun al ven dal lun al sab
 altro _____
 Orario lavoro _____

Libero professionista
 Professione _____
 Iscrizione albo _____
 n° _____
 Sede lavorativa _____
 Tel. lavoro _____
 Settimana dal lun al ven dal lun al sab
 altro _____
 Orario lavoro _____

Commerciante/Artigiano/Lav.autonomo
 Tipo attività _____
 Iscrizione CCIAA di _____ n° _____
 P. IVA n° _____
 Posizione INPS N° _____
 Sede lavorativa _____
 Tel. lavoro _____
 Settimana dal lun al ven dal lun al sab
 altro _____
 Orario lavoro _____

Disoccupato iscritto nelle liste di collocamento
 del Comune di _____

Lavoratore in mobilità
 altro _____

Pendolare con sede di lavoro:
 fino a 15 km oltre 15 km

Lavoratore con orario disagiato:
 con tre turni che variano nelle 24 ore giornaliere
 con orario settimanale spezzato o con turni che variano settimanalmente fino alle 36 ore settimanali
 con orario settimanale spezzato o con turni che variano settimanalmente oltre le 36 ore settimanali
 con turni di notte (orario minimo dalle 22 alle 6 per almeno 4 notti mensili)

Frequenta la scuola/Università
 Nome e sede _____
 altro _____

4) la situazione lavorativa delle **altre persone maggiorenni** facenti parte della famiglia anagrafica del/la bambino/a è la seguente (DICHIARAZIONE VALIDA SOLO AI FINI STATISTICI):

1° CONVIVENTE	2° CONVIVENTE
Cognome e nome _____	Cognome e nome _____
Luogo di nascita _____	Luogo di nascita _____
Data di nascita _____	Data di nascita _____
Parentela con il/la bambino/a _____	Parentela con il/la bambino/a _____
<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Dipendente
Ditta/ente _____	Ditta/ente _____
Sede lavorativa _____	Sede lavorativa _____
Tel. lavoro _____	Tel. lavoro _____
Settimana <input type="checkbox"/> dal lun al ven <input type="checkbox"/> dal lun al sab	Settimana <input type="checkbox"/> dal lun al ven <input type="checkbox"/> dal lun al sab
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> altro _____
Orario lavoro _____	Orario lavoro _____
<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Libero professionista
Professione _____	Professione _____
Iscrizione albo _____	Iscrizione albo _____
n° _____	n° _____
Sede lavorativa _____	Sede lavorativa _____
Tel. lavoro _____	Tel. lavoro _____
Settimana <input type="checkbox"/> dal lun al ven <input type="checkbox"/> dal lun al sab	Settimana <input type="checkbox"/> dal lun al ven <input type="checkbox"/> dal lun al sab
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> altro _____
Orario lavoro _____	Orario lavoro _____
<input type="checkbox"/> Commerciante/Artigiano/Lav.autonomo	<input type="checkbox"/> Commerciante/Artigiano/Lav.autonomo
Tipo attività _____	Tipo attività _____
Iscrizione CCIAA di _____ n° _____	Iscrizione CCIAA di _____ n° _____
P. IVA n° _____	P. IVA n° _____
Posizione INPS N° _____	Posizione INPS N° _____
Sede lavorativa _____	Sede lavorativa _____
Tel. lavoro _____	Tel. lavoro _____
Settimana <input type="checkbox"/> dal lun al ven <input type="checkbox"/> dal lun al sab	Settimana <input type="checkbox"/> dal lun al ven <input type="checkbox"/> dal lun al sab
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> altro _____
Orario lavoro _____	Orario lavoro _____
<input type="checkbox"/> Disoccupato iscritto nelle liste di collocamento del Comune di _____	<input type="checkbox"/> Disoccupato iscritto nelle liste di collocamento del Comune di _____
<input type="checkbox"/> Lavoratore in mobilità	<input type="checkbox"/> Lavoratore in mobilità
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> Frequenta la scuola/Università nome e sede _____	<input type="checkbox"/> Frequenta la scuola/Università nome e sede _____
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> altro _____

4) che nel nucleo familiare è/sono presente/i uno/più componenti:

in stato di invalidità

Pertanto allega copia della certificazione rilasciata da _____

affetti da malattie rientranti nel D.M. 21.07.2000 n. 278 art. 2 comma 1 lettera d2); d3); d4)

Pertanto allega certificazione medica attestante tale situazione e la necessità di assistenza continuativa e/o partecipazione attiva di un familiare nel trattamento sanitario.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Regolamento UE G.D.P.R. 2016/679 - D.L. 196 /2003 e ss.mm.ii.)**

I dati personali forniti saranno trattati in relazione all'utilizzo del servizio secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e limitatezza, nonché di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

La informiamo pertanto di quanto segue:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati al fine di assicurare l'erogazione del servizio richiesto e le attività ad esso connesse e per il necessario adempimento degli obblighi previsti da leggi, regolamenti, normativa comunitaria e delle disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.
2. Il trattamento sarà effettuato anche tramite la registrazione in banche dati informatizzate.
3. L'eventuale rifiuto di fornire i dati comporterà la mancata prosecuzione del rapporto.
4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti che non siano quelli istituzionali previsti dalla normativa.
5. Il titolare del trattamento è il Comune di Poggio a Caiano – Via Cancellieri n. 4 – 50916 Poggio a Caiano (PO).
6. Ha il diritto di chiedere l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento. L'apposita istanza può essere presentata per scritto a mezzo posta elettronica, posta elettronica certificata, lettera raccomandata a/r.
7. Nel caso in cui ritenga che il trattamento dei dati personali a Lei riferiti sia compiuto in violazione di quanto previsto dalla normativa vigente, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le procedure previste.

Poggio a Caiano, li _____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)