

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO "GIRASOLE"
PER L'ANNO DI APERTURA 2024-2025 (02.09.24-11.07.2025)

I Sottoscritti:

PADRE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Telefono _____ Professione _____

MADRE

Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Telefono _____ Professione _____

Chiedono l'ammissione al servizio di Asilo Nido del/la figlio/a per l'anno 2024-2025 da:

SETTEMBRE 2024 OTTOBRE 2024 NOVEMBRE 2024

Del/la piccolo/a

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F

Nato/a il _____ a _____

Orario richiesto in base all'apertura del servizio (la modifica dell'orario durante l'anno di apertura sarà valutata dall'ufficio):

TEMPO PIENO (7,30 – 18,15)

PART-TIME (7,30 – 12,30)

INDICARE UN INDIRIZZO MAIL AL QUALE INVIARE LE COMUNICAZIONI(*):

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità,

(*) campo obbligatorio

DICHIARO

Il bambino presenta handicap	SI	NO
Altri figli frequentano l'asilo nido "Girasole"	SI	NO
Entrambi i genitori lavorano	SI	NO
I genitori presentano handicap sup. al 67%	SI	NO

I firmatari si impegnano in caso di ammissione del/la figlio/a a presentare il certificato di vaccinazione e qualsiasi altro documento richiesto dall'ufficio competente.

Data _____

Firma _____

Firma _____

dichiarano altresì quanto segue:

- di aver ricevuto le informazioni in merito al funzionamento dei servizi, alle procedure e ai criteri di accesso e di essere stato informato che sul sito del Comune è consultabile il regolamento del servizio;
- di essere a conoscenza che le tariffe del nido saranno comunicate successivamente alle iscrizioni;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/00 e degli artt. 4, comma 2 del D. Lgs. n. 109/98 come modificato dal D.Lgs. n. 130/00 e 6, comma 3, del D.P.C.M. n. 221/99, così come modificato dal D.P.C.M. n. 242/01 e dal vigente Regolamento Comunale in materia.

Informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali)

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____, cod. fisc. _____ e residente a _____, in
Via _____ n. _____

AUTORIZZA

il Comune di Taglio di Po (RO), con sede in Piazza IV Novembre n. 5, cod. fisc. e P.IVA 00197020290, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (General Data Protection Regulation – G.D.P.R.).

Taglio di Po, lì _____

Firma _____

(*) campo obnbligatorio

**Informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016
(Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali)**

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____, cod. fisc. _____ e residente a _____, in
Via _____ n. _____

AUTORIZZA

il Comune di Taglio di Po (RO), con sede in Piazza IV Novembre n. 5, cod. fisc. e P.IVA 00197020290, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (General Data Protection Regulation – G.D.P.R.).

Taglio di Po, lì _____

Firma _____