

**OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE PER IL SERVIZIO SOCIO EDUCATIVO
“MICRO-NIDO” – a.s. 2024-2025.**

Il sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____
Nato/a _____ il _____ residente in Via/p.zza _____
Tel. _____ n. tel emergenza _____

**DICHIARA DI AVERE PRESO VISIONE DELL'AVVISO DI SELEZIONE PER
L'IMMISSIONE AL SERVIZIO IN OGGETTO E DI ACCETTARNE I CONTENUTI
SENZA CONDIZIONE O RISERVA ALCUNA**

RICHIEDE L'INSERIMENTO DEL/I PROPRIO/I BAMBINO/I (MAX 2 BAMBINI)

- Cognome e nome del bambino/a _____ nato/i/a _____ il _____
Residente in _____ Via/p.zza _____
○ Cognome e nome del bambino/a _____ nato/i/a _____ il _____
Residente in _____ Via/p.zza _____

DICHIARA CHE IL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE È COMPOSTO DA:

cognome e nome del padre _____
Nato a _____ il _____ Residente in _____
Via _____ Codice Fiscale _____

Nazionalità _____ STATO CIVILE _____
PROFESSIONE _____ SEDE DI LAVORO _____
TIPO DI CONTRATTO: FULL TIME PART TIME: STAGIONALE
○ Disoccupato
○ Inoccupato

cognome e nome della madre _____
Nato a _____ il _____ Residente in _____
Via _____ Codice Fiscale _____

Nazionalità _____ STATO CIVILE _____
PROFESSIONE _____ SEDE DI LAVORO _____
TIPO DI CONTRATTO: FULL TIME PART TIME: STAGIONALE
○ Disoccupato
○ Inoccupato

COGNOME _____ E _____ NOME _____ DEL _____
FRATELLO/SORELLA _____
Nato a _____ il _____
COGNOME _____ E _____ NOME _____ DEL _____
FRATELLO/SORELLA _____

Nato a _____ il _____
COGNOME E NOME DEL
FRATELLO/SORELLA _____

Nato a _____ il _____
COGNOME E NOME DEL
FRATELLO/SORELLA _____

Nato a _____ il _____
Altri conviventi in famiglia grado di parentela) _____
Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____
Altri conviventi in famiglia grado di parentela) _____
Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Allegati:

- Modello ISEE in corso di validità
- Documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità e dei minori di cui si chiede l'iscrizione
- Certificazione delle vaccinazioni eseguite

Allega per il proprio bambino/a/i diversamente abile i seguenti certificati dell'Unità multidisciplinare dell'ASP del Distretto Sanitario di Marsala

-
-

MARSALA,

FIRMA dell'istante

.....

Il sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del dlgs 196 del 2003, come modificato dal dlgs 10.8.2018 n.101, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i "dati sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. D) e all'art. 26 dlgs 196 del 2003, come modificato dal Dlgs 10.8.2018 n.101, nonché ai sensi dell'art. 13-14 del GDPR 2016/679:

➤ Presta il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

➤ Presta il consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa (nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dei dati sensibili dell'interessato)

Firma leggibile: _____