

Dati del bambino/della bambina:

Nome*: _____ cognome*: _____

 nato/a il: _____ a: _____ maschio femmina

luogo di residenza del bambino/della bambina (CAP)*: _____

Comune*: _____ via _____ n.: _____

codice fiscale del bambino/della bambina: _____

Orario di frequenza della microstruttura*:

<input type="checkbox"/> Lunedì _____	<input type="checkbox"/> Martedì _____	<input type="checkbox"/> Mercoledì _____
<input type="checkbox"/> Giovedì _____	<input type="checkbox"/> Venerdì _____	Numero ore a settimana: Numero giorni di assistenza:

 Note: _____

Inizio dell'assistenza*: __/__/_____ Termine*: __/__/_____

Dati dei tutori giuridici	Tutore 1	Tutore 2
Cognome e nome		
Indirizzo	_____ _____	_____ _____
Codice fiscale		
Professione attuale (oppure indicare periodo maternità)		
Tipo di lavoro	a) Lavoro autonomo <input type="checkbox"/> b) Lavoro dipendente <input type="checkbox"/>	a) Lavoro autonomo <input type="checkbox"/> b) Lavoro dipendente <input type="checkbox"/>
Datore di lavoro e luogo di lavoro		
Orario di lavoro	a) A tempo pieno <input type="checkbox"/> b) Part-time superiore al 50 % <input type="checkbox"/> c) Part-time fino al 50% <input type="checkbox"/>	a) A tempo pieno <input type="checkbox"/> b) Part-time superiore al 50 % <input type="checkbox"/> c) Part-time fino al 50% <input type="checkbox"/>
Telefono di lavoro Telefono privato	_____ _____	_____ _____
Indirizzo e-mail		

Attuale situazione familiare (prego barrare una sola casella):

- Genitori coniugati o famiglia di fatto** (i genitori possono avere anche luoghi di residenza differenti).
- Genitore singolo** (padre o madre singoli, vedovo/a, non coniugato/a, separato/a o divorziato/a, che provvede da solo/a all'educazione e al mantenimento del bambino e che convive solamente con il figlio/i figli).
- Genitore singolo che convive con altre persone che non sono il padre o la madre legittimi.**
- Genitori separati o divorziati, non coniugati e non conviventi.**

Situazioni familiari particolari:

- Stato di salute e/o psichico del bambino particolare** (allegare certificato medico)
- Situazione sanitaria e/o psichica di emergenza o problematica in famiglia**
(solo se relativa a familiari conviventi; certificato medico di uno specialista che attesti la gravità della malattia ossia certificato di invalidità superiore al 70%)

Dichiarazione

Dichiaro che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono alla verità e che non sono stati omessi dati importanti. Sono a conoscenza che indicazioni false o incomplete possono essere perseguite penalmente e prestazioni percepite illegittimamente devono essere restituite (D.P.R. 445 del 28/12/2000).

Mi impegno a comunicare immediatamente ogni variazione di rilievo.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO VACCINALE (LEGGE NR.119/2017)

Dichiaro di essere consapevole che l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie previste dall'art. 1 comma 1 e comma 1bis, del Decreto legge n. 73/2017, convertito con modificazioni dalla Legge n.119/2017 e recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci", secondo le indicazioni contenute nel Calendario vaccinale nazionale vigente nell'anno di nascita di mio/a figlio/a costituiscono requisito di accesso ESSENZIALE ai servizi di assistenza alla prima infanzia, con la conseguenza che, la mancata osservanza da parte mia di tale obbligo, entro i termini prescritti, comporta l'immediata esclusione di mio/a figlio/a dal servizio di assistenza alla prima infanzia ovvero l'impossibilità di una sua prima ammissione.

Dichiaro di essere altresì consapevole che i dati relativi allo stato vaccinale di mio/a figlio/a potranno essere oggetto di comunicazione cartacea e/o telematica tra l' Azienda Sanitaria territorialmente competente e la Cooperativa Sociale Tagesmütter per l'attività di verifica della regolarità vaccinale e l'avvio delle procedure previste dall'art. 1, comma 4, del medesimo Decreto legge n. 73/2017, convertito con modificazioni dalla Legge n.119/2017, ambedue tenute al rispetto del Regolamento UE 2016/679 relativo al trattamento dei dati personali.

DICHIARAZIONE

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo al trattamento dei dati personali, dichiaro di essere stato informato sul trattamento dei miei dati personali, in particolar modo che: posso esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 2016/679 i dati forniti sono necessari per l'ammissione del bambino ai servizi di assistenza e la conseguente prestazione di cura; "Titolare" del trattamento è la Cooperativa Sociale Tagesmütter, nella persona del legale rappresentante pro-tempore, e "Responsabile" è rispettivamente la responsabile del servizio nella fase della raccolta delle domande di ammissione al servizio; le finalità del trattamento sono di rilevante interesse pubblico ai sensi del Regolamento UE 2016/679, art. 9; per tutte le fasi del trattamento è garantita la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi; eccezionalmente e per motivi di legge o di regolamento i dati personali possono essere comunicati ad altri enti eventualmente coinvolti nell'erogazione della prestazione.

.....
Data

.....
Firma del richiedente

Successive informazioni della Cooperativa sociale Tagesmütter:

- Accettato il:
- Lista di attesa