



**DOMANDA DI ISCRIZIONE
MICRONIDO
STELLA NASCENTE
anno educativo 2024/2025**

I sottoscritti

Madre (o chi ne fa le veci)

Residente a in via.....

Rec. Tel. e-mail

Padre (o chi ne fa le veci)

Residente a in via.....

Rec. Tel. e-mail

**CHIEDONO
CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A**

NOME E COGNOME DEL/DELLA BAMBINO/A

NATO/A a **IL**

RESIDENTE a **in via**

NAZIONALITA'

CODICE FISCALE

SIA AMMESSO/A A FREQUENTARE IL MICRONIDO di San Venanzo con frequenza (*barrare la voce che interessa*):

o **TEMPO PIENO** (*dalle ore 8.00 alle ore 15.30*)

o **TEMPO RIDOTTO** (*dalle ore 8.00 alle ore 13.30*)

DOPO AVER LETTO IL VIGENTE REGOLAMENTO DI GESTIONE, IMPEGNANDOSI AD OSSERVARLO NELLA SUA INTEGRITÀ E CONSAPEVOLI DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER IL CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, AI SENSI DELLA LEGGE 445 DEL 28/12/2000 DICHIARANO CHE (*barrare la voce che interessa*):

- a) il/la minore di cui si richiede l'iscrizione appartiene ad un nucleo familiare composto da n. _____ persone, ed è residente nel Comune di _____;
- b) il/la bambino/a si trova nella condizione di disabilità certificata e segnalata, con apposita relazione funzionale accompagnatoria e progetto individualizzato del Servizio Sanitario competente;
- c) il/la minore si trova nella seguente situazione familiare:
- presenza di entrambi i genitori
 - orfano/a di uno dei genitori o situazioni equiparate (specificare)
 - famiglia monoparentale (non vi rientrano le coppie di fatto o conviventi le quali, ai fini dell'ammissione al micronido, sono equiparate alle coppie legalmente coniugate);
- d) Presenza di vulnerabilità socio-psicologica del nucleo familiare con documentazione dei Servizi Sociali competenti (da allegare)
- e) nella famiglia sono presenti le seguenti situazioni:
- n. _____ fratello/sorella già inserito/a al servizio
 - iscrizione di gemelli
 - n. _____ fratello/sorella in età 0/3 anni
 - n. _____ fratello/sorella in età 3/14 anni
- f) nella famiglia i genitori si trovano nella seguente situazione lavorativa e/o di impegno familiare:

Madre (<i>o chi ne fa le veci</i>) Nome e Cognome _____ C.F. _____ Professione _____ Tipo di contratto _____ Datore di lavoro _____ Sede di lavoro _____ Telefono lavoro _____ Lavoratrice Autonoma - nome società _____ Partita IVA _____ Iscrizione albo _____ Altro _____ _____	Padre (<i>o chi ne fa le veci</i>) Nome e Cognome _____ C.F. _____ Professione _____ Tipo di contratto _____ Datore di lavoro _____ Sede di lavoro _____ Telefono lavoro _____ Lavoratrice Autonoma - nome società _____ Partita IVA _____ Iscrizione albo _____ Altro _____ _____
--	--

g) il/la bambino/a è allergico/a o intollerante ai seguenti alimenti e quindi deve osservare la seguente dieta speciale (allegare certificazione del medico specialista all'atto dell'iscrizione);

h) altre necessità da specificare

INOLTRE I GENITORI DICHIARANO E SI IMPEGNANO COME SEGUE:

- provvederanno a comunicare tempestivamente alla Cooperativa Sociale Il Quadrifoglio ogni successiva variazione intervenuta successivamente alla presentazione della domanda;

- sono consapevoli dell'ampia facoltà di controllo della Cooperativa Sociale Il Quadrifoglio e del Comune di San Venanzo che si riservano di verificare la veridicità e correttezza delle dichiarazioni rese e dell'eventuale documentazione presentata e in tal senso, nel rispetto della normativa vigente, hanno la facoltà di chiedere documentazione integrativa: qualora i controlli segnalassero dichiarazioni non veritiere e/o non corrette, in considerazione dell'esito dell'istruttoria, si procederà come definito nel Regolamento di gestione e all'eventuale segnalazione all'autorità giudiziaria competente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;

- provvederanno ad essere sempre reperibili telefonicamente o fare in modo che siano reperibili **IN CASO DI EMERGENZA** le seguenti persone:

Nome e Cognome

Grado parentela

Telefono casa/Telefono ufficio/ Cellulare

- hanno cura della sicurezza e della salute del/la proprio/a bambino/a e di tutti/e i/le bambini/e frequentanti il Micronido evitando di far indossare e portare al servizio oggetti di piccole dimensioni che potrebbero essere facilmente ingeriti (ad es. orecchini, collanine, fermagli per capelli, monete, ecc.) e osservando scrupolosamente quanto previsto del Regolamento di gestione in riferimento a obblighi sanitari per ammissione e frequenza.

ALLEGANO:

- 1) **Copia di un valido documento di riconoscimento dei sottoscrittori;**
- 2) **Copia di attestazione delle vaccinazioni**

Data

FIRMA DELLA MADRE (o di chi ne fa le veci)

FIRMA DEL PADRE (o di chi ne fa le veci)

Prendono atto che

-il trattamento dei dati per adempimenti di carattere amministrativo previsti dalla legge, regolamenti, direttive (registrazioni interne, emissione di fatture, etc.), gestione delle comunicazioni inerenti il servizio offerto, inserimento e gestione del servizio socio-educativo non necessita del consenso in quanto ai sensi dell'art. 6 co. 1 lett. b) il trattamento è indispensabile all'esecuzione di un contratto o di un accordo di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso

-il trattamento dei dati per gestione ed organizzazione del servizio richiesto non necessita del consenso in quanto il trattamento è indispensabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, art. 9 comma 2 lett. i)

Prestano il consenso al trattamento di informazioni sanitarie, abitudini del bambino e dei familiari, autonomie, livello di sviluppo del bambino, informazioni di carattere alimentare (intolleranze, allergie, patologie) ai fini di gestione ed organizzazione del servizio richiesto ai sensi dell'art.9 comma 2 lettera a).	SI	NO
Prestano il consenso al trattamento di immagini (foto e video) ai fini di utilizzo interno delle immagini per fini didattico-ricreativi, consegna del materiale fotografico e documentazione delle attività svolte ai sensi dell'art.6 co. 1 lettera a)	SI	NO
Presta il consenso al trattamento di immagini (foto e video) ai fini di promuovere i servizi offerti tramite canali web o mediante materiale informativo-divulgativo. L'utilizzo dell'immagine è da considerarsi a titolo del tutto gratuito e se ne garantisce l'uso in contesti che non pregiudichino dignità personale ed il decoro dell'interessato nel rispetto dell'art. 96 della L. 633/41 "Diritto all'Immagine", ai sensi dell'art.6 comma 1 lettera a).	SI	NO

Data

FIRMA DELLA MADRE (o di chi ne fa le veci)

FIRMA DEL PADRE (o di chi ne fa le veci)

ATTO DI DELEGA

(All'uscita dal servizio, i/le bambini/e saranno affidati/e esclusivamente ai genitori o ad adulti da questi designati per iscritto e presentati al personale; ogni modifica, anche temporanea, delle persone deve essere preventivamente comunicata per iscritto al servizio. Oltre agli adulti designati, i/le bambini/e possono essere affidati/e in casi eccezionali, previa comunicazione dei genitori al servizio, ad adulti da questi delegati per la singola occasione, muniti di documento di riconoscimento in corso di validità).

I sottoscritti.....

genitori di

DELEGANO

(la delega corredata da fotocopia del documento di identità personale si intende valida sino ad esplicita revoca scritta e va rinnovata per ogni anno scolastico di frequenza)

Il/La Sig/ra	Documento identità	Firma

a prendere in consegna il proprio/a figlio/a al termine della giornata.

DICHIARANO

di sollevare da qualsiasi responsabilità il personale della Cooperativa incaricato del servizio educativo.

E PRENDONO ATTO

che la responsabilità del personale della Cooperativa stessa cessa dal momento in cui il/la bambino/a viene affidato/a alla persona delegata.

Data

FIRMA DELLA MADRE (o di chi ne fa le veci)

FIRMA DEL PADRE (o di chi ne fa le veci)
