

SEZIONE 2 - RESIDENZA DEL MINORE PER CUI SI CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO	
Comune di residenza	Prov.
Indirizzo	n.
minore in condizione di disabilità certificata (L. n. 104/1992):	
<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI: attestazione rilasciata dall'A.S.S. n. _____ in data _____ Prot. n. _____	

SEZIONE 3 - CONDIZIONE INERENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE SUL MINORE	
Il minore di cui si chiede l'ammissione al servizio di nido d'infanzia è in affidato condiviso?	
<input type="checkbox"/> SI	
<input type="checkbox"/> NO, il minore è affidato a _____	

SEZIONE 4 - DATI DELL'ALTRO GENITORE DEL MINORE	
Cognome	Nome
Nato il	nel Comune di Prov.
Comune di residenza	Prov.
Indirizzo	n.
Tel.	Cell.
e-mail	

SEZIONE 5 - CONDIZIONE PROFESSIONALE DEI GENITORE DEL MINORE	
padre	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo
	Denominazione ditta:
	Comune:
	Indirizzo:
madre	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo
	Denominazione ditta:
	Comune:
	Indirizzo:

SEZIONE 6 - CONDIZIONE LAVORATIVA DEI GENITORE DEL MINORE	
<input type="checkbox"/> Lavoro continuativo di oltre 6 mesi l'anno	
<input type="checkbox"/> oltre 39 ore settimanali	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> da 30 a 39 ore settimanali	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> meno di 30 ore settimanali	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> meno di 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> lavorano entrambi i genitori	

<input type="checkbox"/> Lavoro per meno di 6 mesi l'anno	
<input type="checkbox"/> lavoro precario	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> disoccupato	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> in mobilità o altro	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre

SEZIONE 7 - CONDIZIONI DI DISAGIO LAVORATIVO DEI GENITORI DEL MINORE	
<input type="checkbox"/> Lavoro fuori Regione	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> Lavoro fuori Provincia	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> Prolungate trasferte o rientro presso l'abitazione solo il sabato e/o domenica	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> Turni (sulle 24 ore per almeno 5 gg. su 7)	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre

SEZIONE 8 - CONDIZIONE PARTICOLARE DEI SOGGETTI CHE ESERCITANO LA RESPONSABILITA' GENITORIALE SUL MINORE	
<input type="checkbox"/> un solo genitore che esercita la responsabilità genitoriale in quanto:	_____
<input type="checkbox"/> madre in gravidanza (allegare certificato medico indicante la data presunta del parto)	
<input type="checkbox"/> malattia invalidante certificata del padre: attestazione rilasciata dall'A.S.S. n. _____ in data _____ Prot. n. _____	
<input type="checkbox"/> malattia invalidante certificata della madre: attestazione rilasciata dall'A.S.S. n. _____ in data _____ Prot. _____	

SEZIONE 9 - CONDIZIONE DEI NONNI PATERNI E MATERNI DEL MINORE		
NONNI MATERNI	Nonno	Nonna
<input type="checkbox"/> sono assenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> svolgono attività lavorativa continuativa per oltre sei mesi all'anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sono residenti fuori Provincia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hanno una malattia invalidante certificata come da attestazione rilasciata dall'A.S.S. n. _____ in data _____ Prot. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NONNI PATERNI	Nonno	Nonna
<input type="checkbox"/> sono assenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> svolgono attività lavorativa continuativa per oltre sei mesi all'anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sono residenti fuori Provincia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hanno una malattia invalidante certificata come da attestazione rilasciata dall'A.S.S. n. _____ in data _____ Prot. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE 10 -		ULTERIORI FIGLI OLTRE AL MINORE PER IL QUALE SI CHIEDE L'AMMISSIONE AL NIDO	
Fascia di età	Numero figli	Nominativo	Data di nascita
da 0 a tre anni			
da tre a sei anni			
da sei a 10 anni			
da 10 a diciotto anni			

SEZIONE 11 -	SITUAZIONE ISE/ISEE
<input type="checkbox"/> di essere in possesso della seguente Attestazione ISE/ISEE in corso di validità: <ul style="list-style-type: none"> • Attestazione ISEE n° _____ valida fino al _____ • ISE: € _____ • ISEE minori € _____ 	
<input type="checkbox"/> di essere in possesso della DSU n° _____ presentata il _____ a _____ (specificare nome e indirizzo del CAF o altro soggetto a cui è stata presentata la DSU) per il calcolo dell'ISEE e di essere in attesa del rilascio della relativa attestazione	

SEZIONE 12 -	AGEVOLAZIONE/RIDUZIONE RETTA DI FREQUENZA
<input type="checkbox"/> di aver diritto all'agevolazione/riduzione della retta di frequenza in quanto, oltre al minore per il quale si chiede l'ammissione, il servizio sarà frequentato contemporaneamente anche dal fratello/sorella del minore per il quale si chiede l'ammissione e precisamente _____	

SEZIONE 13 -	PRESA VISIONE INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
<input type="checkbox"/> di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali	
<input type="checkbox"/> di autorizzare il trattamento dei dati raccolti con la presente domanda e nel corso dell'eventuale inserimento e frequentazione del servizio di nido d'infanzia consapevole che, nel caso in cui non venga fornito il consenso al trattamento dei dati personali non sarà possibile istruire la presente richiesta	

ALLEGA

- 1) dichiarazione atto di notorietà relativa gli adempimenti vaccinali obbligatori di cui al D.L. n. 73/2017 convertito con modificazioni dalla L. 119/2017;
- 2) _____
- 3) _____

Luogo e data _____

Firma del dichiarante^(*)

Firma per consenso dell'altro genitore

(*) **L'autenticità della sottoscrizione di qualsiasi istanza o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da produrre ad organi della pubblica amministrazione è garantita con le modalità di cui agli artt. 21 e 38 del D.P.R. 445/2000 ossia mediante sottoscrizione in presenza del dipendente addetto oppure con sottoscrizione e contestuale trasmissione di una copia fotostatica non autenticata di un documento di identità valido del sottoscrittore.**

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO:

Si attesta che l'istanza di cui sopra, contenente dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà è stata sottoscritta in mia presenza, all'atto dell'inoltro, dall'interessato/a riconosciuto/a come tale:

- in seguito ad esibizione carta d'identità n: _____
- in seguito ad esibizione patente di guida n: _____
- in seguito ad esibizione altro documento: _____
- per conoscenza personale

Feletto Umberto, _____

L'impiegato addetto _____

Informativa sul trattamento dei dati personali - ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/UE, (RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati).

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, il Comune informa che i Suoi dati personali sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi previsti nel presente procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalle legge, nonché per finalità di verifica autocertificazioni, pubblicazione in albo pretorio o amministrazione trasparente e per archiviazione e conservazione entro i tempi previsti dalla legge. I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'Art. 6 comma 1 lett. C ed E del GDPR. Responsabile interno del trattamento dei suoi dati è il Funzionario Posizione Organizzativa dell'Area Sociale. Gli interessati possono esercitare in ogni momento i diritti previsti dal Regolamento UE 679/16, con la modulistica a disposizione nel sito web istituzionale. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché il modello completo di informativa sono disponibili presso l'URP o pubblicati sulla sezione amministrazione trasparente altri contenuti privacy del sito web del Comune di Tavagnacco (<http://www2.comune.tavagnacco.ud.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/privacy>)

3 dose → 11 mesi	<input type="checkbox"/> ha omesso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega; <input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro <input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____
ANTI-DIFTERICA Calendario vaccinazioni: 1 dose → 3 mesi 2 dose → 5 mesi 3 dose → 11 mesi	<input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-difterica come segue: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> 2 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> 3 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega; <input type="checkbox"/> ha omesso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega; <input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro <input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____
ANTI-TETANICA Calendario vaccinazioni: 1 dose → 3 mesi 2 dose → 5 mesi 3 dose → 11 mesi	<input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-tetanica come segue: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> 2 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> 3 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega; <input type="checkbox"/> ha omesso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega; <input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro <input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____
ANTI-EPATITE B Calendario vaccinazioni:	<input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-epatite B come segue: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> 2 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> 3 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____ <input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia

<p>1 dose → 3 mesi 2 dose → 5 mesi 3 dose → 11 mesi</p>	<p>naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> ha omesso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e</p> <p><input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro <input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____</p>
<p>ANTI-PERTOSSE</p> <p>Calendario vaccinazioni:</p> <p>1 dose → 3 mesi 2 dose → 5 mesi 3 dose → 11 mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-pertosse come segue:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> ha omesso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e</p> <p><input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro <input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____</p>
<p>ANTI-HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B</p> <p>Calendario vaccinazioni:</p> <p>1 dose → 3 mesi 2 dose → 5 mesi 3 dose → 11 mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-haemophilus influenzae tipo B come segue:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> ha omesso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e</p> <p><input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro <input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____</p>
<p>ANTI-MORBILLO</p>	<p><input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-morbillo come segue:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p>

<p>Calendario vaccinazioni:</p> <p>1 dose → 13 - 15 mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> ha omissso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____</p>
<p>ANTI-ROSOLIA</p> <p>Calendario vaccinazioni:</p> <p>1 dose → 13 - 15 mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-rosolia come segue:</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> ha omissso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____</p>
<p>ANTI-PAROTITE</p> <p>Calendario vaccinazioni:</p> <p>1 dose → 13 - 15 mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-parotite come segue:</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> ha omissso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p> <p><input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____</p>
<p>ANTI-VARICELLA (per i nati dal 2017)</p> <p>Calendario vaccinazioni:</p> <p>1 dose → 13 - 15 mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> ha effettuato la vaccinazione anti-varicella come segue:</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose somministrata il _____ presso l'A.S.S. di _____</p> <p><input type="checkbox"/> è esonerato dall'obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione a seguito malattia naturale, come risulta dall'attestazione al medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega;</p>

	<input type="checkbox"/> ha omesso o differito l'obbligo vaccinale come risulta dall'attestazione dal medico di medicina generale o dal pediatra in data _____ che si allega; <input type="checkbox"/> è stata presentata in data _____ all'A.S.S. di _____, formale richiesta di appuntamento per la somministrazione della vaccinazione non ancora effettuata, come risulta dall'allegata documentazione e <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si è in attesa di riscontro <input type="checkbox"/> è stata calendarizzata per il giorno _____
--	---

Inoltre, al fine di rendere più agevole e celere il percorso burocratico di presentazione e/o controllo della presente dichiarazione relativa l'adesione ai programmi di vaccinazione obbligatoria del minore _____, il sottoscritto genitore:

- autorizza il Comune di Tavagnacco a chiedere direttamente, sia per il corrente anno educativo che per gli anni successivi, all'Azienda Sanitaria di residenza copia delle certificazioni attestanti l'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dal Decreto Legge 7 giugno 2017 n. 73 convertito con modificazioni dalla Legge 31 luglio 2017 n. 2017;
- non autorizza il Comune di Tavagnacco a chiedere direttamente, sia per il corrente anno educativo che per gli anni successivi, all'Azienda Sanitaria di residenza copia delle certificazioni attestanti l'effettuazione delle vaccinazioni previste dal Decreto Legge 7 giugno 2017 n. 73 convertito con modificazioni dalla Legge 31 luglio 2017 n. 2017.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante(*)

***L'autenticità della sottoscrizione di qualsiasi istanza o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da produrre ad organi della pubblica amministrazione è garantita con le modalità di cui agli artt. 21 e 38 del D.P.R. 445/2000 ossia mediante sottoscrizione in presenza del dipendente addetto oppure con sottoscrizione e contestuale trasmissione di una copia fotostatica non autenticata di un documento di identità valido del sottoscrittore.**

Informativa sul trattamento dei dati personali - ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/UE, (RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati).

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, il Comune informa che i Suoi dati personali sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi previsti nel presente procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalle legge, nonché per finalità di verifica autocertificazioni, pubblicazione in albo pretorio o amministrazione trasparente e per archiviazione e conservazione entro i tempi previsti dalla legge. I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'Art. 6 comma 1 lett. C ed E del GDPR. Responsabile interno del trattamento dei suoi dati è il Funzionario Posizione Organizzativa dell'Area Sociale. Gli interessati possono esercitare in ogni momento i diritti previsti dal Regolamento UE 679/16, con la modulistica a disposizione nel sito web istituzionale. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché il modello completo di informativa sono disponibili presso l'URP o pubblicati sulla sezione amministrazione trasparente altri contenuti privacy del sito web del Comune di Tavagnacco (<http://www2.comune.tavagnacco.ud.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/privacy>)