

CITTA' DI POMIGLIANO D'ARCO

Provincia di Napoli (80038 Pomigliano d'Arco tel/fax 081-8033153
Settore Affari Sociali - Ufficio di Piano



SERVIZIO NIDO DI MAMMA

All'Ufficio di Piano
Sede

OGGETTO: Domanda di ammissione al servizio Nido di Mamma a.s. 2017-18

Il sottoscritto/a nato/a
a residente

in via n.
Tel. Cell(padre) Cell(madre)
e-mail Codice fiscale
in qualità di : madre /padre altro

(es. tutore, affidatario)
del bambino/a

(cognome e nome)
nato/a a il/...../..... *residente
a in via
n. ("Indicare solo se diversa da quella del genitore)

CHIEDE

Che il/la bambino/a venga inserito/a nel servizio **Nido di Mamma**

A tale scopo il sottoscritto, consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- 1) Nuova attestazione I.S.E.E., rilasciata nell'anno 2017
- 2) copia della carta d'identità del richiedente in corso di validità.
- 3) Certificato del pediatra attestante che il bambino/a è in buona salute ed esente da

- malattie infettive.
 4) Fotocopia del libretto delle vaccinazioni
 5) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (all.1)

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI (PRIVACY)

Al sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 " Codice in materia di protezione dei dati personali" La informiamo che , si procederà al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

a) Finalità e modalità del trattamento dei dati :
 I dati forniti sono utilizzati solo ed esclusivamente per funzioni istituzionali o attribuite dalla legge e dai regolamenti al Comune di Pomigliano d'Arco. Tali dati verranno trattati con modalità prevalentemente informatizzate e con logiche pienamente rispondenti alle finalità da perseguire anche mediante verifiche dei dati contenuti nelle dichiarazioni con altri dati in possesso dell' Agenzia delle Entrate;

b) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati:
 I dati richiesti nella domanda sopra riportata sono obbligatori per poter procedere alla concessione di quanto richiesto qualora ne avesse diritto.

c) Le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere:
 L'eventuale rifiuto di conferire, da parte dell'interessato, i dati personali comporta l'impossibilità di evadere la pratica od ottenere l'effetto previsto dalla legge e/o da regolamenti;

d) Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati:
 I dati personali acquisiti sono fatti oggetto di comunicazione ad altri enti pubblici, nei casi e nei modi previsti dalla legge e/o dai regolamenti.

e) Diritti di cui all'art 7:
 Presso il titolare o i responsabili del trattamento l'interessato potrà, in base all'art.7 del D. Lgs. n° 196/2003, accedere ai propri dati personali per verificarne l'utilizzo od, eventualmente, per correggerli, aggiornarli nei limiti previsti dalla legge, ovvero per cancellarli od opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge.

f) Estremi del titolare dei dati e del responsabile:
 Il responsabile del trattamento è la Dott.ssa Raffaella D'Onofrio, responsabile Servizio Nido di Mamma

DATA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

Il modello di domanda, con la documentazione allegata, deve essere presentato, entro il 26/09/2017, all'Ufficio Protocollo Generale del Comune.

Allegato 1
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

(cognome) (nome)

nato/a a _____ il ()

(luogo) (prov.)

residente a _____ in via

n. _____ (luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che

(cognome e nome del bambino/a)

nato/a _____ il ()

(luogo) (prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito 1:

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017);
- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
- ha omissso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate. (apporte una croce sulle caselle di interesse)

(luogo e data)

Il Dichiarante