

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASILO NIDO
AZIENDALE C/O ASILO NIDO COMUNALE VIA LIBECCIO ORISTANO
anno educativo 2022/2023**

Sezione A - Dati del/la Richiedente

__l__ sottoscritt__ Cognome _____ Nome _____
Sesso _____ Data di nascita _____ Nazione _____
Comune di Nascita _____ Cittadinanza _____
Indirizzo _____ n° civico _____
Codice Fiscale _____ Comune di Residenza _____
prov. _____ C.A.P. _____ Telefono _____ Cell. _____
e.mail _____

In qualità di :

- padre
- madre
- altro: specificare _____

chiede l'iscrizione del bambino _____ al servizio di
Asilo Nido aziendale ASL ORISTANO per l'anno educativo 2020-2021.

Tutte le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono auto-certificate dal sottoscritto, consapevole, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci. Il sottoscritto è inoltre consapevole che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non completa indicazione di quanto richiesto in ciascuna sezione comporta il non riconoscimento del relativo punteggio spettante.

Sezione B - Dati del/la bambino/a

Cognome _____ Nome _____

Sesso _____ Data di nascita _____ Nazione _____

Comune di Nascita _____ Cittadinanza _____

Comune di residenza _____ prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____ n° civico _____

Codice fiscale _____

Sezione C - Situazione lavorativa del richiedente:

1) Dipendente con rapporto di lavoro a Tempo determinato/indeterminato ASL Oristano/ARES Sardegna (area Oristano) in servizio presso:

ASL Oristano/ARES Sardegna (area Oristano) _____

PROFILO _____

SERVIZIO _____

SEDE DI LAVORO _____

MATRICOLA N. _____

2) Lavoratore impiegato presso la ASL Oristano/ARES Sardegna (area Oristano) con altre forme di lavoro flessibile in servizio presso:

ASL Oristano/ARES Sardegna (area Oristano) _____

TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO _____

DURATA RAPPORTO DI LAVORO _____

PROFILO/MANSIONE/INCARICO _____

SERVIZIO _____

SEDE DI LAVORO _____

Sezione D - Priorità per particolari situazioni personali/familiari

Bambini portatori di handicap, anche temporaneo, attestato dal Servizio Specialistico di una Azienda Sanitaria pubblica;

Bambini il cui nucleo familiare presenti una situazione socio-ambientale segnalata e/o documentata dai Servizi Sociali operanti presso le strutture pubbliche territoriali, tale da essere di serio pregiudizio per un sano sviluppo psico-fisico del bambino stesso;

Bambini appartenenti a famiglie monoparentali, in seguito a morte, mancato riconoscimento o abbandono da parte dell'altro genitore, divorzio, separazione legale o di fatto, detenzione, il cui unico genitore sia dipendente della ASL Oristano/ARES Sardegna (area Oristano);

Bambini facenti parte di un nucleo familiare in cui uno o entrambi i genitori o uno o più fratelli sia portatore di handicap permanente certificato dal Servizio specialistico di una Azienda Sanitaria Locale o di una invalidità documentata pari o superiore al 66%

(la ASL di Oristano si riserva la facoltà di verificare la veridicità di quanto dichiarato mediante successiva richiesta di documentazione a comprova)

Sezione E - Situazione Economica del nucleo familiare

E.1

IMPORTO ISEE del nucleo familiare € _____

(ISEE 2022 - allegare documentazione)

Alla domanda va allegata attestazione ISEE. In mancanza di tale dichiarazione, verrà attribuito il punteggio relativo alla fascia reddituale più elevata (zero punti) ed in caso di parità di punteggio nella graduatoria determinerà posizione soccombente rispetto al pari punteggio.

E.2

Genitori che svolgono entrambi attività lavorativa:

(la ASL di Oristano si riserva la facoltà di verificare la veridicità di quanto dichiarato mediante successiva richiesta di documentazione a comprova)

E.3

Orario e/o sede di lavoro disagiati

(la ASL di Oristano si riserva la facoltà di verificare la veridicità di quanto dichiarato mediante successiva richiesta di documentazione a comprova)

E.4

Nuclei familiari con più di un minore (di età tra 0 e 6 anni)

(la ASL di Oristano si riserva la facoltà di verificare la veridicità di quanto dichiarato mediante successiva richiesta di documentazione a comprova)

Luogo e Data

in fede

(firma)

Si allega:

- **Copia di Documento di identità in corso di validità**
- **Attestazione ISEE 2022**
- **Informativa e consenso al trattamento dei dati**
- **Ulteriori Allegati**

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 recante la disciplina europea per la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (General Data Protection Regulation, nel prosieguo "GDPR"), e nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come novellato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, si informa che i dati personali forniti saranno trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. il trattamento dei dati comunicati con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per la definizione della graduatoria per l'accesso al Servizio Asilo Nido Aziendale ASL Oristano ed alle attività ad esso correlate e conseguenti.
2. il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
3. il conferimento dei dati ed il loro trattamento è obbligatorio in quanto necessario per la definizione della graduatoria degli aventi diritto al Servizio Nido Aziendale e presupposto per la gestione dello stesso da parte del Comune di Oristano quale gestore del Servizio;
4. I dati personali e sensibili dei soggetti che risulteranno beneficiari del Servizio, contenuti nella presente istanza/dichiarazione, verranno comunicati al Comune di Oristano - Ufficio Prima Infanzia per l'organizzazione e la gestione delle attività ad esso correlate e conseguenti;
5. Titolare del trattamento dei dati è la ASL n° 5 di Oristano;
6. Il dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, all'ufficio competente, presso il quale ha presentato la presente istanza/dichiarazione, per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge.

/-----/

Il Sottoscritto _____ presa visione dell'informativa sopra riportata autorizza il trattamento dei dati personali soltanto per le funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla Normativa sulla Privacy (art.13 del Regolamento (UE) 2016/679).

Nel caso in cui il richiedente risulti beneficiario del servizio si autorizza la ASL n° 5 di Oristano a trasmettere la presente domanda e/o i dati ivi indicati all'Ufficio Prima Infanzia del Comune di Oristano per la gestione del Servizio. Resta ferma la facoltà del medesimo Ufficio di richiedere all'interessato ulteriore documentazione/informazioni necessaria/e alla gestione degli aspetti organizzativi e amministrativi dello stesso.

Data: ___/___/_____

(firma)