

Protocollo

Punteggio

**Domanda di ammissione al Nido d'infanzia "Panda"
Anno scolastico 2021/2022**

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ in _____ n° _____

cellulare _____ email _____

**CHIEDE L'AMMISSIONE
AL NIDO D'INFANZIA
PER L'ANNO SCOLASTICO 2021/2022**

Per il/la figlio/a _____
(cognome e nome)

nato/a il _____ a _____

residente a _____ via _____ n. _____

oppure (se diverso dalla residenza anagrafica):

domiciliato/a _____ via _____ n. _____

Pediatra curante del S.S.N. Dr. _____
(cognome e nome)

con il seguente orario di frequenza:

ORARIO P/TIME (7,30 – 13,00)

TEMPO PIENO (7,30 – 18,00)

OBBLIGATORIETA' DELLE VACCINAZIONI NEI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA - Legge 31 Luglio 2017, n. 119.

Il sottoscritto genitore dichiara:

- 1) di essere a conoscenza circa l'obbligatorietà delle vaccinazioni e di impegnarsi a sottoporre la/il bambina/o, per cui si presenta la domanda, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente;**
- 2) di allegare alla presente domanda di iscrizione il certificato vaccinale in corso di validità;**
- 3) di impegnarsi ad inoltrare allo sportello territoriale istruzione di MEDOLLA le successive certificazioni per vaccinazioni avvenute dopo la presentazione della domanda di iscrizione al servizio;**

Si informa che il Servizio Educativi 0/6 anni effettuerà i controlli necessari previsti dalla normativa per gli iscritti all'anagrafe vaccinale della Regione E/R;

Firma _____

Il sottoscritto è a conoscenza del sistema tariffario relativamente al servizio, e si impegna al pagamento delle rette con le modalità e i tempi che saranno indicati da ASP.

- Il richiedente, dopo aver concordato con l'altro genitore (COOBBLIGATO al pagamento della retta), deve indicare sin da ora che l'intestatario del bollettino di pagamento è:
 - Padre
 - Madre
- Il richiedente deve indicare sin da ora se altri figli fruiscono già dei servizi scolastici ASP e quali

Firma_____

DICHIARA quanto segue:

A. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

COMPONENTI FAMILIARI: n. _____

Il bambino di cui si chiede l'ammissione è:

- Diversamente abile
(con certificazione dell'A.S.L. ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992)
- con particolari problemi psico-fisici
(allegare certificazione di struttura sanitaria pubblica o convenzionata)
- in situazione di grave disagio socio-culturale
(allegare certificazione del servizio di neuropsichiatria infantile dell'A.S.L. e/o del servizio sociale minori distrettuale e/o del servizio sociale comunale)
- in affido familiare
- in adozione o affido preadottivo
- Nella famiglia è presente un solo genitore, limitatamente ai seguenti casi :**
 - vedovo/a
 - separato/a legalmente
 - divorziato/a
 - bambino riconosciuto da un solo genitore *(la convivenza con compagno/a è equiparata a nucleo familiare con due genitori)*

(Ai fini del punteggio la famiglia è considerata composta da un solo genitore soltanto nel caso in cui ricorra una delle condizioni sopraelencate ed in assenza di convivenza con un nuovo/a compagno/a)

Domanda di ammissione al nido per figli gemelli

altri figli minori conviventi *(specificare cognome, nome e data di nascita – si considera l'età compiuta entro l'anno solare)*

* da 0 a 3 anni _____

* da 4 a 10 anni _____

* da 11 a 14 anni _____

* oltre i 14 anni _____

la madre è in attesa di un altro bambino

(allegare certificato medico attestante lo stato di gravidanza)

Altri conviventi in famiglia:

cognome e nomedata di nascita.....
rapporto di parentelaprofessione

cognome e nomedata di nascita.....
rapporto di parentelaprofessione

presenza nel nucleo familiare di persona avente necessità di assistenza, in situazione di **invalidità pari o superiore al 67%**
(specificare cognome e nome, grado di parentela, grado di invalidità)

(allegare certificazione attestante il grado di invalidità)

B. SITUAZIONE LAVORATIVA GENITORI

(il punteggio si attribuisce ad ogni genitore)

PADRE

Cognome _____ Nome _____

nato il _____ a _____

residente (indicare solo se non convivente con il/la figlio/a per cui viene presentata la domanda)

a _____ via _____ n° _____

OCCUPATO
professione (specificare) _____

lavoro dipendente: presso la ditta _____
indirizzo della ditta _____ tel. _____
sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo) _____

lavoro autonomo: denominazione ditta _____
indirizzo della ditta _____ tel. _____
sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo) _____

Orario di lavoro settimanale:

spezzato: mattino dalle ore _____ alle ore _____
pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

turni a rotazione giornaliera settimanale

(specificare orari dei turni) _____

lavoro a tempo **indeterminato**
 lavoro a tempo **determinato**

data assunzione: _____ **scadenza contratto:** _____
(sono compresi: incarico annuale in ambito scolastico, lavoratori atipici, contratto di formazione lavoro, apprendistato, dottorato, borsista, specializzando, lavoro interinale, servizio civile)

- il lavoro deve essere regolare
- dichiarare il numero delle ore lavorative settimanali anche per il lavoratore autonomo

Numero ore lavorative settimanali

dalle 30 alle 40 ore

- dalle 19 alle 29 ore
 - fino al 18 ore
- (l'orario degli insegnanti statali a tempo pieno è fissato convenzionalmente in 35 ore settimanali)*

Lavoratore occupato in supplenze / lavori stagionali o temporanei per un periodo di almeno 4 mesi *(nell'anno solare in corso)*
specificare _____

Lavoratore occupato in supplenze / lavori stagionali o temporanei per un periodo inferiore ai 4 mesi *(nell'anno solare in corso)*
specificare _____

DISAGI DI LAVORO PADRE

Pendolare *(distanza chilometrica tra il Comune di residenza e il Comune del luogo di lavoro – solo andata – oltre i 20 Km)*
specificare _____

Lavoratore turnista con impegno **notturno** in orario compreso **fra le ore 22.00' e le ore 06.00'**
specificare turno _____

Lavoratore con reperibilità sulle 24 ore *(da lunedì a venerdì, almeno 2 settimane al mese)*
specificare _____

Lavoratore part-time con orari disagiati *(con turni differenziati nell'arco delle 24 ore)*
specificare _____

Lavoratore senza sede fissa con spostamenti **quotidiani e abituali** per distanze **superiori ai 20 km.**
(rappresentanti, agenti di commercio, assimilati)

Assente dalla famiglia per lavoro, studio, tirocinio, stage, servizio civile *(con pernottamento fuori casa)*
 da 3 a 5 giorni la settimana per periodi complessivi **non inferiori ai 4 mesi**
 da 1 a 2 giorni la settimana per periodi complessivi **non inferiori ai 4 mesi**

Assente continuativamente dalla famiglia per periodi complessivi **di almeno 4 mesi**

NON OCCUPATO

in cassa integrazione o in mobilità

iscritto in graduatorie per supplenze e incarichi
specificare _____

iscritto al Centro per l'Impiego (ex collocamento)

non iscritto in graduatorie per supplenze e incarichi o al Centro per l'Impiego

in stato di disoccupazione non riconosciuta *(senza documentazione)*

in condizione non professionale *(occupato in attività domestiche, pensionato, ecc.....)*

STUDENTE

STUDENTE LAVORATORE

regolarmente iscritto a: _____

(vengono considerati solamente i corsi di scuola dell'obbligo o secondaria di secondo grado pubbliche o paritarie, corsi universitari, con attestazione di almeno 3 esami svolti nell'ultimo anno accademico, scuole di specializzazione o formazione) - **allegare fotocopia del libretto universitario**

senza obbligo di frequenza

con obbligo di frequenza o tirocinio obbligatorio

fino a 20 ore settimanali

oltre le 20 ore settimanali

Per gli studenti lavoratori al punteggio assegnato per la categoria di studente è sommato il punteggio per la categoria di lavoratore.

MADRE

Cognome _____ Nome _____

nata il _____ a _____

residente (indicare solo se non convivente con il/la figlio/a per cui viene presentata la domanda)

a _____ via _____ n° _____

OCCUPATA

professione (specificare) _____

lavoro dipendente : presso la ditta _____

indirizzo della ditta _____ tel. _____

sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo) _____

lavoro autonomo : denominazione ditta _____

indirizzo della ditta _____ tel. _____

sede di lavoro (se diverso dall'indirizzo) _____

Orario di lavoro settimanale:

spezzato: mattino dalle ore _____ alle ore _____

pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

turni a rotazione giornaliera settimanale

(specificare orari dei turni) : _____

lavoro a tempo **indeterminato**

lavoro a tempo **determinato**

data assunzione: _____ **scadenza contratto:** _____

(sono compresi: incarico annuale in ambito scolastico, lavoratori atipici, contratto di formazione lavoro, apprendistato, dottorato, borsista, specializzando, lavoro interinale, servizio civile)

- il lavoro deve essere regolare
- dichiarare le ore lavorative settimanali anche per il lavoratore autonomo

Numero ore lavorative settimanali

- dalle 30 alle 40 ore
- dalle 19 alle 29 ore
- fino al 18 ore

(l'orario degli insegnanti statali a tempo pieno è fissato convenzionalmente in 35 ore settimanali)

- Lavoratrice occupata in supplenze / lavori stagionali o temporanei per un periodo di almeno 4 mesi** (nell'anno solare in corso)

specificare _____

- Lavoratrice occupata in supplenze / lavori stagionali o temporanei per un periodo inferiore ai 4 mesi** (nell'anno solare in corso)

specificare _____

DISAGI DI LAVORO MADRE

- Pendolare** (distanza chilometrica tra il Comune di residenza e il Comune del luogo di lavoro – solo andata – **oltre i 20 Km**)

specificare _____

- Lavoratrice turnista** con impegno **notturno** in orario compreso **fra le ore 22.00' e le ore 06.00'**

specificare turno _____

- Lavoratrice con reperibilità sulle 24 ore** (da lunedì a venerdì, almeno 2 settimane al mese)

specificare _____

- Lavoratrice part-time con orari disagiati** (con turni differenziati nell'arco delle 24 ore)

specificare _____

- Lavoratrice senza sede fissa** con spostamenti **quotidiani e abituali** per distanze **superiori ai 20 km.** (rappresentanti, agenti di commercio, assimilati)

- Assente dalla famiglia** per lavoro, studio, tirocinio, stage, servizio civile (con **pernottamento fuori casa**)

- da 3 a 5 giorni** la settimana per periodi complessivi **non inferiori ai 4 mesi**

- da 1 a 2 giorni** la settimana per periodi complessivi **non inferiori ai 4 mesi**

- Assente continuativamente dalla famiglia** per periodi complessivi **di almeno 4 mesi**

- NON OCCUPATA**

- in cassa integrazione o in mobilità

- iscritta in graduatorie per supplenze e incarichi

specificare _____

- iscritta al Centro per l'Impiego (ex collocamento)

- non iscritta in graduatorie per supplenze e incarichi o al Centro per l'Impiego

- in stato di disoccupazione non riconosciuta (senza documentazione)

- in condizione non professionale (occupata in attività domestiche, pensionata ecc....)

STUDENTESSA

STUDENTESSA LAVORATRICE

regolarmente iscritta a:

(vengono considerati solamente i corsi di scuola dell'obbligo o secondaria di secondo grado pubbliche o paritarie, a corsi universitari, con attestazione di almeno 3 esami svolti nell'ultimo anno accademico, a scuole di specializzazione o formazione) - allegare fotocopia del libretto universitario

- senza obbligo di frequenza
- con obbligo di frequenza o tirocinio obbligatorio
 - fino a 20 ore settimanali
 - oltre le 20 ore settimanali

Per la studentessa che lavora al punteggio assegnato per la categoria di studentessa è sommato quello attribuito per la categoria di lavoratrice.

C. AFFIDABILITA' EXTRA-FAMILIARE

Il punteggio è attribuito, per ogni nonno, solamente se sussiste almeno una delle condizioni di "impossibilità" – oppure – di "difficoltà" ad affidare il bambino. In caso contrario non è attribuito alcun punteggio.

NONNO PATERNO *(indicare cognome e nome, anche in caso di residenza all'estero)*

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Professione _____

1. Condizione di impossibilità ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- deceduto
- inesistente
- impedito fisicamente con invalidità pari o superiore al 67 % *(allegare certificato di istituzione sanitaria pubblica)*
- affetto da gravi patologie *(allegare certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata)*
- ospite di struttura per anziani
- anzianità di almeno 70 anni *(da compiersi entro l'anno solare in corso)*
- residente fuori Comune (oltre i 10 Km. di distanza)
- occupato in attività lavorativa a tempo pieno *(oltre le 26 ore settimanali)*
(specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, l'indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali) :

- impegnato nella cura di coniuge e/o parente convivente o non, con invalidità pari o superiore al 67%
specificare :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
percentuale di invalidità (documentare) _____

2. Condizione di difficoltà ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- parzialmente impedito fisicamente perché affetto da patologie (*con certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
- con invalidità dal 33% al 66% (*documentare*)
- anzianità di almeno 65 anni (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
- residente fuori Comune (per distanze inferiori ai 10 Km)
- occupato in attività lavorative part-time (*meno di 26 ore settimanali*)
(*specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, l'indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali*) :

- impegnato nella cura di genitore e/o parente ultraottantenne
specificare :

Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
data di nascita _____

- accudisce altro/a nipote non inserito/a in nidi d'infanzia e/o scuole d'infanzia
specificare :

Cognome e nome _____
data di nascita _____
residenza _____

NONNA PATERNA (*indicare cognome e nome, anche in caso di residenza all'estero*)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Professione _____

1. Condizione di impossibilità ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- deceduta
- inesistente
- impedita fisicamente con invalidità pari o superiore al 67 % (*allegare certificato di istituzione sanitaria pubblica*)
- affetta da gravi patologie
(*allegare certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
- ospite di struttura per anziani
- anzianità di almeno 70 anni (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
- residente fuori Comune (oltre i 10 Km. di distanza)
- occupata in attività lavorativa a tempo pieno (*oltre le 26 ore settimanali*)
(*specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, l'indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali*) :

- impegnata nella cura di coniuge e/o parente convivente o non, con invalidità pari o superiore al 67%
specificare :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
percentuale di invalidità (documentare) _____

2. Condizione di difficoltà ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- parzialmente impedita fisicamente perché affetta da patologie (*con certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
 con invalidità dal 33% al 66% (*documentare*)
 anzianità di almeno 65 anni (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
 residente fuori Comune (per distanze inferiori ai 10 Km)
 occupata in attività lavorative part-time (*meno di 26 ore settimanali*)
(*specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, l'indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali*) :

- impegnata nella cura di genitore e/o parente ultraottantenne

specificare :

Cognome e nome _____

residenza _____

grado di parentela _____

data di nascita _____

- accudisce altro/a nipote non inserito/a in nidi d'infanzia e/o scuole d'infanzia

specificare :

Cognome e nome _____

data di nascita _____

residenza _____

NONNO MATERNO (*indicare cognome e nome, anche in caso di residenza all'estero*)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Residente a _____

Via _____

n. _____

Professione _____

1. Condizione di impossibilità ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- deceduto
 inesistente
 impedito fisicamente con invalidità pari o superiore al 67 % (*allegare certificato di istituzione sanitaria pubblica*)
 affetto da gravi patologie
(*allegare certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
 ospite di struttura per anziani
 anzianità di almeno 70 anni (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
 residente fuori Comune (oltre i 10 Km. di distanza)
 occupato in attività lavorativa a tempo pieno (*oltre le 26 ore settimanali*)
(*specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, l'indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali*) :

- impegnato nella cura di coniuge e/o parente convivente o non, con invalidità pari o superiore al 67%
specificare :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
percentuale di invalidità (documentare) _____

2. Condizione di difficoltà ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- parzialmente impedito fisicamente perché affetto da patologie (*con certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
 con invalidità dal 33% al 66% (*documentare*)
 anzianità di almeno 65 anni (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
 residente fuori Comune (per distanze inferiori ai 10 Km)
 occupato in attività lavorative part-time (*meno di 26 ore settimanali*)
(*specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, l'indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali*) :

- impegnato nella cura di genitore e/o parente ultraottantenne
specificare :
Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
data di nascita _____

- accudisce altro/a nipote non inserito/a in nidi d'infanzia e/o scuole d'infanzia
specificare :
Cognome e nome _____
data di nascita _____
residenza _____

NONNA MATERNA (*indicare cognome e nome, anche in caso di residenza all'estero*)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Professione _____

1. Condizione di impossibilità ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- deceduta
 inesistente
 impedita fisicamente con invalidità pari o superiore al 67 % (*allegare certificato di istituzione sanitaria pubblica*)
 affetta da gravi patologie
(*allegare certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
 ospite di struttura per anziani
 anzianità di almeno 70 anni (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
 residente fuori Comune (oltre i 10 Km. di distanza)

- occupata in attività lavorativa a tempo pieno (*oltre le 26 ore settimanali*)
(specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, l'indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali) :

- impegnata nella cura di coniuge e/o parente convivente o non, con invalidità pari o superiore al 67%
specificare :

Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
percentuale di invalidità (documentare) _____

2. Condizione di difficoltà ad affidare il bambino per il seguente motivo:

- parzialmente impedita fisicamente perché affetta da patologie (*con certificazione specialistica di struttura sanitaria pubblica o convenzionata*)
con invalidità dal 33% al 66% (*documentare*)
- anzianità di almeno 65 anni (*da compiersi entro l'anno solare in corso*)
- residente fuori Comune (per distanze inferiori ai 10 Km)
- occupata in attività lavorative part-time (*meno di 26 ore settimanali*)
(specificare se in qualità di dipendente o di lavoratore autonomo, indicando la denominazione della ditta, l'indirizzo e il n° delle ore lavorative settimanali) :

- impegnata nella cura di genitore e/o parente ultraottantenne
specificare :

Cognome e nome _____
residenza _____
grado di parentela _____
data di nascita _____

- accudisce altro/a nipote non inserito/a in nidi d'infanzia e/o scuole d'infanzia
specificare :

Cognome e nome _____
data di nascita _____
residenza _____

D. CONDIZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE

La condizione economica sarà valutata solo in caso di parità di punteggio complessivo, facendo precedere in graduatoria l'utente collocato nella fascia più bassa.

Per la definizione della condizione economica viene utilizzato l'ISEE (indicatore della situazione economica equivalente) definito dal d.p.c.m. 159/2013.

Per ottenere l'attestazione ISEE, i genitori possono avvalersi dell'assistenza dei CAF (Centri di Assistenza Fiscale).

DICHIARA CHE

- quanto affermato in ogni parte della presente corrisponde al vero;
 - autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;
- si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dal Servizio Pubblica Istruzione.

informativa di cui all'art.13 del Regolamento U.E. n°679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati

A norma di quanto prescritto dal Regolamento U.E. n. 2016/679 (art. 13) e dal D.Lgs. n. 196/2003 (art. 13), La informiamo che il titolare del trattamento dei dati è l'**UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD** con sede in viale Rimembranze n. 19 - T. 0535 29511 - F. 0535 29538 - @ unione@unioneareanord.mo.it - @ cert. unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it - W. www.unioneareanord.mo.it.

Il Responsabile del trattamento dei dati è il **RESPONSABILE DEL SERVIZIO "ACCESSO AI SERVIZI, INTEGRAZIONE, QUALIFICAZIONE E ORIENTAMENTO"**, **DOTT.SSA MARINA CAFFAGNI** – tel. 0535 412934 marina.caffagni@unioneareanord.mo.it - @cert. unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it. I dati personali sono raccolti dal Servizio "ACCESSO AI SERVIZI, INTEGRAZIONE, QUALIFICAZIONE E ORIENTAMENTO" esclusivamente per lo svolgimento dell'attività di competenza e per lo svolgimento di funzioni istituzionali e vengono trattati con sistemi informatici e/o manuali attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il conferimento dei tali dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio. L'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti potrebbe comportare l'applicazione di sanzioni amministrative e l'accertamento d'ufficio dei dati necessari ai procedimenti e alle funzioni previste dalla legge.

I dati raccolti potranno essere comunicati o trasmessi ai soggetti previsti dalla Legge n. 241/1990 sull'accesso agli atti Amministrativi, ovvero a tutti coloro che ne hanno un interesse diretto, concreto, attuale, e corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata, nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa in parola e dei diritti del soggetto controinteressato; ai soggetti previsti dall'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013 disciplinante l'istituto dell'accesso civico generalizzato, nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa in parola e dei diritti del soggetto controinteressato; ad altri Enti Pubblici se la comunicazione è prevista da disposizioni di legge; ad altri soggetti Pubblici previa motivata richiesta e per ragioni istituzionali dell'Ente; a soggetti privati quando previsto da norme di legge, solo in forma anonima e aggregata. I dati potranno essere altresì pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Ente – sezione Amministrazione Trasparente, laddove ciò sia previsto dalle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013.

I dati possono essere conosciuti dal Responsabile del trattamento e dagli incaricati del Servizio e saranno conservati nel rispetto dei termini previsti dal Piano di Conservazione dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord, consultabile sul sito Internet istituzionale dell'Ente. L'interessato ha il diritto di richiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento stesso, oltre al diritto alla portabilità dei medesimi dati.

- Eventuali reclami andranno proposti all'**AUTORITÀ DI CONTROLLO, GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI** - Piazza di Monte Citorio n. 121 - 00186 Roma - T. 06 696771 - F. 06 696773785 - @ garante@gpdp.it - @cert. protocollo@pec.gpdp.it - W. www.garanteprivacy.it

nell'ambito di tali verifiche;

- è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di attestazioni e dichiarazioni mendaci;
- l'Amministrazione Comunale ha il diritto di procedere a idonei controlli sulla veridicità di quanto sopra dichiarato;
- qualora emerga che il contenuto della presente dichiarazione non corrisponda a verità, i benefici eventualmente da essa prodotti decadranno immediatamente (art. 75 D.P.R. n.445/2000).
- si impegna, ad ammissione avvenuta, al pagamento delle rette di frequenza con le modalità e i tempi che saranno indicati dall'Amministrazione Comunale;

data , _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Gli interessati debbono sottoscrivere il presente modulo secondo una delle seguenti modalità prevista dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 in materia di semplificazione amministrativa.

1. Firmando alla presenza del dipendente competente a ricevere la documentazione;
Firmando e allegando all'autocertificazione una fotocopia di un documento di identità del firmatario in corso di validità.
In questo caso il documento può essere consegnato all'ufficio competente anche da terzi o via posta.

In riferimento a quanto previsto dalla presente domanda si allegano i seguenti documenti:

