



AL COMUNE DI LUGAGNANO VAL D'ARDA

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO (Non compilare)

Micronido part-time (07.30-13.30, con pasto)

Micronido tempo pieno (07.30-17.00)

Nome e cognome bambino/a: Data di nascita

Residente nel comune di

Data della consegna della domanda Data inserimento richiesta

Data inserimento effettiva

Data cessazione di frequenza

I Sottoscritti

Madre..... nata a nazionalità.....

Padre..... nato a nazionalità.....

Residenti a via.....

In qualità di genitori di: nome..... cognome.....

Nat... a il Nazionalità.....

Chiedono

l'ammissione del... figli... a frequentare Micronido di Lugagnano

dal (data dell'inizio della frequenza)

Per il servizio:

Micronido part-time (07.30-13.30, con pasto)

Micronido tempo pieno (07.30-17.00)

Dichiarano

di accettare le norme contenute nella Carta dei servizi e/o Regolamento per le famiglie che disciplina il funzionamento del Servizio.

Per eventuali comunicazioni, si prega di chiamare ai seguenti numeri:

(abitazione)..... (lavoro madre).....

(cellulare)..... (lavoro padre).....

Sono a conoscenza che il trattamento dei dati sopra comunicati, ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), avverrà ai fini della determinazione di una graduatoria per l'inserimento nella struttura, per la gestione amministrativa, contabile, per servizi di fatturazione e incassi e la rilevazione del grado di soddisfazione della clientela.

Luogo e data

IN FEDE

.....
(firma del padre)

.....
(firma della madre)

f

RICEVUTA PER IL GENITORE

Micronido di Lugagnano

Domanda di iscrizione ricevuta il.....

Firma.....

ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI PER LA FREQUENZA AI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA

(L.R. 19/2016; DGR. 2301/2016)

I sottoscritti:

Madre.....

Padre.....

(nome e cognome di entrambi i genitori)

In qualità di genitori

di.....

(nome e cognome della/del bambina/o per cui si presenta domanda di ammissione)

Si Impegnano

a sottoporre la/il bambina/o, per cui presentano la domanda, alle **vaccinazioni obbligatorie** previste dalla normativa vigente (LR 19/2016, art. 6, comma 2) e

Autorizzano

il "Titolare"/"Ente gestore" ad acquisire l'idoneità alla frequenza, attestante le avvenute vaccinazioni, direttamente presso la AUSL di competenza;

consapevoli che, in caso di non ottemperanza e senza motivazione sanitaria (autorizzata dalla Pediatria di Comunità previa presentazione di certificato rilasciato dal pediatra di libera scelta) sarà preclusa la frequenza al servizio.

Ai sensi degli artt. 13, 23 e 26 del D.lgs. 196/2003 Vi informiamo che i dati forniti, formeranno oggetto di trattamento unicamente ai fini del rapporto commerciale che diverrà effettivo in sede di stipula del contratto. Nella eventualità si decida la rinuncia è vostra facoltà richiedere la cancellazione dei dati stessi. Con la firma esprimiamo altresì il Consenso al trattamento dei dati.

Luogo e data

.....
(firma del padre)

.....
(firma della madre)