

Distretto Socio-Sanitario n. 52 Marsala-Petrosino  
Via Falcone, 5  
Marsala

SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI NELLA CITTÀ DI MARSALA

(Secondo Atto di Riparto finanziario del Programma nazionale per i servizi di Cura all'Infanzia)

**OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE PER IL SERVIZIO SOCIO EDUCATIVO "MICRO-NIDO" 2021-2022.**

Il sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in Via/p.zza \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ n. tel emergenza \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI AVERE PRESO VISIONE DELL'AVVISO DI SELEZIONE PER L'IMMISSIONE AL SERVIZIO IN OGGETTO E DI ACCETTARNE I CONTENUTI SENZA CONDIZIONE O RISERVA ALCUNA**

**RICHIESTE L'INSERIMENTO DEL/I PROPRIO/I BAMBINO/I (MAX 2 BAMBINI)**

○ Cognome e nome del bambino/a \_\_\_\_\_ nato/i/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via/p.zza \_\_\_\_\_  
○ Cognome e nome del bambino/a \_\_\_\_\_ nato/i/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via/p.zza \_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE IL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE È COMPOSTO DA:**

cognome e nome del padre \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ STATO CIVILE \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ SEDE DI LAVORO \_\_\_\_\_

TIPO DI CONTRATTO:  FULL TIME  PART TIME:  STAGIONALE

○ Disoccupato

○ Inoccupato

cognome e nome della madre \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ STATO CIVILE \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ SEDE DI LAVORO \_\_\_\_\_

TIPO DI CONTRATTO:  FULL TIME  PART TIME:  STAGIONALE

○ Disoccupato

○ Inoccupato

COGNOME \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DEL  
FRATELLO/SORELLA \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

COGNOME	E	NOME	DEL
FRATELLO/SORELLA _____			
Nato a _____ il _____			
COGNOME	E	NOME	DEL
FRATELLO/SORELLA _____			
Nato a _____ il _____			
COGNOME	E	NOME	DEL
FRATELLO/SORELLA _____			
Nato a _____ il _____			
Altri conviventi in famiglia grado di parentela) _____			
Cognome e nome _____			
Nato a _____ il _____			
Altri conviventi in famiglia grado di parentela) _____			
Cognome e nome _____			
Nato a _____ il _____			

**Allegati:**

- Modello ISEE
- Documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità
- Certificazione delle vaccinazioni eseguite

**Allega per il proprio bambino/a/i diversamente abile i seguenti certificati dell'Unità multidisciplinare dell'ASP del Distretto Sanitario di Marsala**

- .....
- .....

**MARSALA, .....**

**FIRMA dell'istante**

.....

**Il sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del dlgs 196 del 2003, come modificato dal dlgs 10.8.2018 n.101, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i "dati sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. D) e all'art. 26 dlgs 196 del 2003, come modificato dal Dlgs 10.8.2018 n.101,**

➤ Presta il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

Firma leggibile: \_\_\_\_\_

➤ Presta il consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa (nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dei dati sensibili all'interessato)

Firma leggibile: \_\_\_\_\_