

Comune di Marsala – Settore Servizi alla Persona
Via G. Falcone, 5
Marsala

**OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE PER IL SERVIZIO SOCIO EDUCATIVO
“MICRO-NIDO” – a.s. 2025-2026.**

Il sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a _____ il _____ residente in Via/p.zza _____

Tel. _____ n. tel emergenza _____

Indirizzo posta elettronica _____

**DICHIARA DI AVERE PRESO VISIONE DELL'AVVISO DI SELEZIONE PER
L'AMMISSIONE 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/a _____ il _____

Residente in _____ Via/p.zza _____

○ Cognome e nome del bambino/a _____

Nato/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 _____

Nata 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 in corso di validità
- Documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità e dei minori di cui si chiede l'iscrizione
- 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, nonché ai sensi dell'art. 13-14 del GDPR 2016/679:

- Presta il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.
- 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 dell'interessato)

Firma leggibile: