



# Città di Abano Terme

STAZIONE DI CURA, SOGGIORNO E TURISMO

PROVINCIA DI PADOVA REGIONE DEL VENETO

## SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA E ALLE IMPRESE

Pervenuta all'Ufficio Nidi d'Infanzia il \_\_\_\_\_ (riservato all'Ufficio)

- DOMANDA DI AMMISSIONE AL NIDO "Prati colorati", via Giovanni Prati n. 16**, per bambini/e dai tre mesi ai tre anni.
- DOMANDA DI AMMISSIONE AL NIDO INTEGRATO "Monterosso" via San Bartolomeo 1**, per bambini/e dai tredici mesi ai tre anni.

(possono essere indicati entrambi i Nidi, specificando un'eventuale preferenza)

Fatti salvi cambiamenti non prevedibili e sulla base dei posti a disposizione, la famiglia dichiara di essere disponibile a un inserimento in corso d'anno, a partire dal mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del bambino/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. abitazione \_\_\_\_\_

altri recapiti telefonici

cellulare mamma \_\_\_\_\_

cellulare papà \_\_\_\_\_

cellulare altri familiari \_\_\_\_\_

e- mail: \_\_\_\_\_

### Orario di frequenza richiesto

*(non vincolante e modificabile nel corso dell'anno a seconda delle esigenze familiari)*

- fino alle ore 13.00
- fino alle ore 16.00
- fino alle ore 18.00 (servizio attivato in base al numero di richieste)

Indicare con una X le condizioni per le quali vale il SI'

INFORMAZIONI SUL BAMBINO	SI
Bambino diversamente abile	
Bambino figlio adottivo	
Bambino figlio in affidò	

Stato generale di salute del bambino

- nella norma                       con difficoltà che necessitano di cure mediche specifiche e continuative

Pediatra di libera scelta dott/dott.ssa \_\_\_\_\_

Bambino/a vaccinato/a                       SI                       NO

- ALLEGRO per l'ammissione all'asilo nido comunale (D.L. 73/2017 convertito con L. 119/2017), la documentazione attestante le avvenute vaccinazioni obbligatorie.**

SITUAZIONE FAMILIARE	SI
bambino riconosciuto da un solo genitore convivente lavoratore	
bambino riconosciuto da un solo genitore convivente non lavoratore	
bambino riconosciuto da entrambi i genitori	
bambino convivente con entrambi i genitori	
bambino convivente con un genitore separato/divorziato lavoratore	
bambino convivente con un genitore separato/divorziato non lavoratore	
famiglia in situazione di disagio socio-economico	
bambino convivente con genitori/fratelli diversamente abili (lg 104/1992 (*))	

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE	SI	
fratelli < 3 anni		n°
fratelli 3-6 anni compiuti		n°
famiglia con quattro o più figli < 10 anni		
mamma in gravidanza (*)		

(\*) **presentare adeguata documentazione**

**Qualsiasi variazione sulla situazione lavorativa dichiarata, dovrà essere comunicata tempestivamente all'ufficio Nidi d'Infanzia**

**PADRE** Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
titolo di studio \_\_\_\_\_  
se non presente nello stato di famiglia col bambino/a specificare la  
residenza: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

<b>SITUAZIONE LAVORATIVA</b>	<b>SI</b>
Occupazione stabile dipendente	
Occupazione stabile in proprio	
Occupazione a tempo determinato	
Contratto di formazione lavoro (*)	
In cassa integrazione (*)	
In mobilità (*)	
Iscritto al centro impiego (*)	
Studente/tirocinante con obbligo di frequenza (*)	
Pensionato o inabile (*)	
Non occupato	
Altra figura professionale ( <i>specificare</i> )	

**(\*) presentare adeguata documentazione**

orario giornaliero di lavoro: mattino \_\_\_\_\_

pomeriggio \_\_\_\_\_

turnista \_\_\_\_\_

giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_ tot. ore lavorative settimanali \_\_\_\_\_

periodi di ferie \_\_\_\_\_

° **per i lavoratori dipendenti**: qualifica \_\_\_\_\_

ente o ditta per cui lavora \_\_\_\_\_

sede di lavoro \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

° **per i lavoratori autonomi**: professione esercitata \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_ natura giuridica della ditta \_\_\_\_\_

ragione sociale \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

posizione occupata all'interno della ditta \_\_\_\_\_

ambito territoriale in cui si svolge l'attività \_\_\_\_\_

**Qualsiasi variazione sulla situazione lavorativa dichiarata, dovrà essere comunicata tempestivamente all'ufficio Nidi d'Infanzia**

**MADRE** Cognome e nome \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

titolo di studio \_\_\_\_\_

se non presente nello stato di famiglia col bambino/a specificare la  
residenza: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

<b>SITUAZIONE LAVORATIVA</b>	<b>SI</b>
Occupazione stabile dipendente	
Occupazione stabile in proprio	
Occupazione a tempo determinato	
Contratto di formazione lavoro (*)	
In cassa integrazione (*)	
In mobilità (*)	
Iscritto al centro impiego (*)	
Studente/tirocinante con obbligo di frequenza (*)	
Pensionato o inabile (*)	
Non occupato	
Altra figura professionale ( <i>specificare</i> )	

**(\*) presentare adeguata documentazione**

orario giornaliero di lavoro: mattino \_\_\_\_\_

pomeriggio \_\_\_\_\_

turnista \_\_\_\_\_

giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_ tot. ore lavorative settimanali \_\_\_\_\_

periodi di ferie \_\_\_\_\_

° **per i lavoratori dipendenti**: qualifica \_\_\_\_\_

ente o ditta per cui lavora \_\_\_\_\_

sede di lavoro \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

° **per i lavoratori autonomi**: professione esercitata \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_ natura giuridica della ditta \_\_\_\_\_

ragione sociale \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

ambito territoriale in cui si svolge l'attività \_\_\_\_\_

## PAGAMENTO DELLA RETTA

La retta agevolata viene applicata per ISEE - validi nel periodo di frequenza - **inferiori a € 18.617,00**

La famiglia intende presentare ISEE

**si**

**no**

**Ai fini del contributo INPS, indicare il nome del genitore che si assume l'onere del pagamento delle rette**

\_\_\_\_\_

## ABITAZIONE

di proprietà  SI  NO in affitto  SI  NO in uso  SI  NO

si tratta di:

- ° casa singola o villetta a schiera
- ° appartamento in condominio
- ° miniappartamento in condominio
- ° casa colonica o rurale

di quanti vani è composta l'abitazione:

\_\_\_\_\_ cucina                      \_\_\_\_\_ camere da letto                      \_\_\_\_\_ bagni

\_\_\_\_\_ soggiorno                      \_\_\_\_\_ garage                      \_\_\_\_\_ altro

superficie complessiva mq \_\_\_\_\_

il bambino/a dorme in camera:  da solo/a                       con i fratelli                       con i genitori                       con altri

si ritiene che l'abitazione nel complesso soddisfi le esigenze del bambino/a?

\_\_\_\_\_

Eventuali problematiche legate all'abitazione da segnalare (sovraffollamento, ambienti malsani, affitto/mutuo oneroso, procedimento di sfratto ecc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ulteriori informazioni sulla situazione familiare che si ritiene opportuno segnalare:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

I sottoscritti dichiarano, sotto la propria responsabilità, che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero e di essere a conoscenza che l'Ufficio Asili Nido, potrà effettuare gli accertamenti di competenza.

Dichiarano di aver ricevuto il Regolamento dei Nidi Comunali, la Carta dei Servizi, le informazioni relative alla certificazione ISEE necessaria per quantificare la retta di frequenza e, per chi non presenterà ISEE, informazioni sull'ammontare della retta massima prevista alla data di compilazione del presente modulo.

I non residenti dichiarano di essere stati informati dall'Ufficio sulle modalità relative alle possibilità di inserimento del bambino/a presso i Nidi del Comune di Abano Terme e dei criteri previsti per l'attribuzione del punteggio e la quantificazione della retta.

**FIRMA DEI GENITORI**  
(o di chi ne fa le veci)

---

---



## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

A cura delle Amministrazioni comunali riceventi le adesioni dei cittadini, recante firma del Responsabile della Protezione dei dati o del Delegato al trattamento e, per presa visione, del richiedente (ex art. 13, Regolamento 2016/679/UE –General Data Protection Regulation – GDPR).

In base al regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) “ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano”.

I trattamenti di dati personali sono improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell'interessato e i suoi diritti.

Il Titolare del trattamento è il Comune di residenza presso il quale è stata presentata la pratica:  
Comune di Abano Terme, Piazza Caduti n. 1, Abano Terme.

Il Delegato al trattamento dei dati che La riguardano è il Dott. Zulian Giampaolo.

Il Responsabile della Protezione dei dati / Data Protection Officer ha sede presso BOXXAPPS S.r.l., Via Torino, 180, CAP: 30172, Mestre Venezia, E-mail: [dpo@boxxapps.com](mailto:dpo@boxxapps.com); la casella mail, a cui potrà rivolgersi per le questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: [pubblicaistruzione@abanoterme.net](mailto:pubblicaistruzione@abanoterme.net)

**La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è lo svolgimento dell'istruttoria della pratica relativa alla domanda di accesso al servizio e la base giuridica del trattamento (ai sensi degli articoli 6 e/o 9 del Regolamento 2016/679/UE) è la D.G.R. n 865 del 15/06/2018.**

I dati raccolti potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati, trattati da persone autorizzate, non saranno comunicati ad altri soggetti né diffusi.

Ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, l'integrazione o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186 – ROMA, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

Il conferimento dei dati è necessario per il corretto svolgimento dell'istruttoria.

L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali; il mancato conferimento non consentirà l'accesso al servizio richiesto.

Firma del Delegato al trattamento dei Dati  
Dott. Giampaolo Zulian

Firmato digitalmente ai sensi dell'art. 20 del “Codice Amministrazione Digitale” (D.Lgs. 82/2005)

Lì, Abano Terme \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Firma del richiedente il servizio  
per presa visione



Municipio di Abano Terme Piazza Caduti, 1 35031 Abano Terme (PD) Italy - C.F. / P.I. 00556230282

Tel. 0039 049 8245111 / Fax 0498600499 / Mail [protocollo@abanoterme.net](mailto:protocollo@abanoterme.net)

PEC [abanoterme.pd@cert.ip-veneto.net](mailto:abanoterme.pd@cert.ip-veneto.net) - [www.abanoterme.net](http://www.abanoterme.net)

