

Persona con invalidità dal 67% al 79%	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____		
Persona con invalidità dal 80% al 100%	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____		

¹ Indicare l'indirizzo a cui inviare comunicazioni, solo se diverso dalla residenza

SEZ 2													
DATI DEL/LA BAMBINO/A DA ISCRIVERE													
Cognome						Nome				F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/>	
Nata/o il						Comune di nascita							
Prov.		Stato di nascita				Cittadinanza							
Comune di residenza								Prov.					
Indirizzo di residenza								cap.					
Codice fiscale													
Eventuale Nido Comunale già frequentato in altro Comune													

SEZ 3		
ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTO		
<input type="checkbox"/> part-time dalle 07.15 alle 12.30 / 13.00	<input type="checkbox"/> tempo pieno – prima uscita dalle 07.15 alle 16.00 / 16.20	<input type="checkbox"/> tempo pieno – seconda uscita dalle 07.15 alle 17.00 / 17.30 (solo se entrambi i genitori hanno orario di lavoro o di studio, con obbligo di frequenza, che non consenta loro di arrivare entro le 16.20)

SEZ 4	
SITUAZIONE DISABLITA'/INVALIDITA'/DEFICIT	
La/il bambina/o per il quale si chiede l'iscrizione è in situazione di disabilità/invalidità/deficit sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
se sì: la documentazione attestante il tipo e la gravità dovrà essere consegnata a seguito di successiva richiesta dell'ufficio	

SEZ 5		PROBLEMI SOCIALI, SANITARI O PSICOLOGICI	
La famiglia è seguita dai Servizi Sociali del CIS, che richiedono l'inserimento prioritario		sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<i>se sì:</i> nominativo dell'Assistente sociale _____			
servizio in cui opera _____			
indirizzo _____		tel. _____	
La/il bambina/o o la famiglia ha/hanno problemi sanitari o psicologici		sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<i>se sì:</i> la documentazione attestante situazioni sanitarie o psicologiche particolari, riferite al/la bambino/a o alla famiglia, che specificano la necessità di inserimento prioritario del/labambino/a dovrà essere consegnata a seguito di successiva richiesta dell'ufficio			

SEZ 6		L'ALTRO GENITORE DEL/LA BAMBINO/A	
Cognome		Nome	
Nata/o il	Comune di nascita		Prov.
Comune di residenza		Prov.	cap.
Stato di nascita		Cittadinanza	
Indirizzo di residenza		Tel.	
Codice fiscale			
Persona con invalidità dal 67% al 79%		sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<i>se sì:</i> accertata da _____ in data _____ n° documento _____			
Persona con invalidità dal 80% al 100%		sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<i>se sì:</i> accertata da _____ in data _____ n° documento _____			

SEZ 7		MANCANZA DI UN GENITORE	
(compilare solo se non è stata compilata la sezione 6)			
Il dichiarante è genitore solo in quanto:			
<input type="checkbox"/> è vedova/o <input type="checkbox"/> è nubile/celibe con figlia/o non riconosciuta/o dall'altro genitore <input type="checkbox"/> è nubile/celibe con figlia/o riconosciuta/o dall'altro genitore e non coabita con lo stesso <input type="checkbox"/> è divorziato dal genitore del/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione (con sentenza allegata n° _____ in data _____ Tribunale di _____), non coabita con tale genitore e non è riconiugata/o è legalmente separata/o dal genitore del/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione (con sentenza allegata n° _____ in data _____ Tribunale di _____) e non coabita con tale genitore <input type="checkbox"/> ha presentato istanza di separazione dal genitore del/la bambino/a di cui si chiede l'iscrizione in data _____ al Tribunale di _____ Ruolo generale n° _____ e non coabita con lo stesso			

SEZ 8**ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE**

(presenti nello stato di famiglia del/la bambino/a o dei genitori affidatari o del tutore e non indicati nelle precedenti sezioni)

Cognome	Nome
Nata/o il	Comune di nascita
Prov.	Stato di nascita
Relazione di parentela con il/la bambino/a	
Persona con handicap riconosciuto ai sensi dell'art.3 Legge 104/92	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	
Persona con invalidità dal 67% al 79%	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	
Persona con invalidità dal 80% al 100%	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	

Cognome	Nome
Nata/o il	Comune di nascita
Prov.	Stato di nascita
Relazione di parentela con il/la bambino/a	
Persona con handicap riconosciuto ai sensi dell'art.3 Legge 104/92	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° del documento _____	
Persona con invalidità dal 67% al 79%	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	
Persona con invalidità dal 80% al 100%	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	

Cognome	Nome
Nata/o il	Comune di nascita
Prov.	Stato di nascita
Relazione di parentela con il/la bambino/a	
Persona con handicap riconosciuto ai sensi dell'art.3 Legge 104/92	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° del documento _____	
Persona con invalidità dal 67% al 79%	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	
Persona con invalidità dal 80% al 100%	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	

SEZ 9 BAMBINO/A IN AFFIDAMENTO NON PRESENTE NELLO STATO DI FAMIGLIA
(se il bambino/a in affidamento è quello per cui si chiede l'iscrizione, questa sez. non deve essere compilata)

Cognome	Nome
Nata/o il	Comune di nascita
Prov.	Stato di nascita
Relazione di parentela con il/la bambino/a ²	
Persona con handicap riconosciuto ai sensi dell'art.3 Legge 104/92	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° del documento _____	
Persona con invalidità dal 67% al 79%	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	
Persona con invalidità dal 80% al 100%	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se sì: accertata da _____ in data _____ n° documento _____	

² se il bambino/a da iscriverne è in affidamento al dichiarante, indicare convenzionalmente come "sorella" o "fratello" i figli dei genitori affidatari, ai fini dell'assegnazione del punteggio. Analogamente se la domanda è presentata dal tutore

SEZ 10**CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEL RICHIEDENTE**

Lavoratrice/lavoratore dipendente o parasubordinata/o sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <i>se sì</i> : denominazione datore di lavoro _____		
indirizzo sede di lavoro _____		
orario di lavoro (specificare se a tempo pieno o part time) _____		
orario settimanale _____		
eventuali turni distribuiti nell'arco delle 24 ore ³ _____		
Lavoratrice/lavoratore autonoma/o, coadiuvante o libera/o professionista sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <i>se sì</i> : P.IVA _____		
orario di svolgimento dell'attività _____		
indirizzo sede di lavoro _____		
eventuali turni distribuiti nell'arco delle 24 ore ³ _____		
Stato di disoccupazione (art.3 comma 1 D.Legge n. 297/02) sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <i>se sì</i> : dichiarato dal Centro per l'impiego nel Comune di _____ Prov. _____		
a decorrere dal _____ come risulta da attestazione in data _____		
Lavoratrice/lavoratore studente sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <i>se sì</i> : denominazione scuola/istituto/università _____		
corso/diploma _____ orario _____		
Studente non lavoratore con obbligo di frequenza ⁴ sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <i>se sì</i> : denominazione Istituto frequentato _____		
corso/diploma _____ orario _____		

SEZ 11		
CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELL'ALTRO GENITORE		
Lavoratrice/lavoratore dipendente o parasubordinata/o se sì: denominazione datore di lavoro _____	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
indirizzo sede di lavoro _____		
orario di lavoro (specificare se a tempo pieno o part time) _____		
orario settimanale _____		
eventuali turni distribuiti nell'arco delle 24 ore ³ _____		
Lavoratrice/lavoratore autonoma/o, coadiuvante o libera/o professionista se sì: P.IVA _____	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
orario di svolgimento dell'attività _____		
indirizzo sede di lavoro _____		
eventuali turni distribuiti nell'arco delle 24 ore ³ _____		
Stato di disoccupazione (art.3 comma 1 D. Legge n. 297/02) se sì: dichiarato dal Centro per l'impiego nel Comune di _____	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Prov. _____		
a decorrere dal _____ come risulta da attestazione in data _____		
Lavoratrice/lavoratore studente se sì: denominazione scuola/istituto/università _____	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
corso/diploma _____ orario _____		
Studente non lavoratore con obbligo di frequenza ⁴ se sì: denominazione Istituto frequentato _____	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
corso/diploma _____ orario _____		

³ per l'eventuale attribuzione del punteggio è necessario specificare frequenza, modalità e periodi del turno. segnalare anche il turno notturno fisso ed eventuali periodi di lavoro in territorio extra-provinciale.

⁴ al momento dell'iscrizione del bambino deve essere presentata certificazione dell'effettiva frequenza.

RECAPITI PER COMUNICAZIONI IN CASO DI NECESSITA'

MADRE	
Cognome	Nome
Indirizzo lavoro	
Orario di lavoro	Tel.
PADRE	
Cognome	Nome
Indirizzo lavoro	
Orario di lavoro	Tel.
ALTRE PERSONE	
Cognome	Nome
Indirizzo lavoro	
Orario di lavoro	Tel.
Eventuale relazione di parentela con il bambino/a	
Cognome	Nome
Indirizzo lavoro	
Orario di lavoro	Tel.
Eventuale relazione di parentela con il bambino/a	

Luogo e data _____

Firma¹ (genitore)Firma¹ (genitore)_____
(allegare copia documenti di riconoscimento)¹Firma di entrambi i genitori

SI FA PRESENTE CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE SI ATTUERA' IMMEDIATAMENTE IL PASSAGGIO IN CALCE ALLA GRADUATORIA.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679 DEL 27/4/2016 (GDPR) ⁽¹⁾

Il Comune di Caselle Torinese, in qualità di Titolare del trattamento, con la presente informa gli utenti del sistema dei servizi socio-educativi, compresi i servizi per l'infanzia, nel Comune di Caselle Torinese (intendendosi i genitori e nel proseguo anche "Interessati"), riguardo:

- al trattamento dei loro dati personali e di quelli dei minori che usufruiscono dei suddetti servizi;
- al trattamento delle immagini e riprese video dei minori che usufruiscono dei suddetti servizi;
- alle relative garanzie riconosciute dalla legge.

La presente informativa riguarda il trattamento di dati, immagini e video effettuato da personale autorizzato dal Comune di Caselle Torinese e non anche quello effettuato dai singoli genitori, inteso come trattamento ad uso privato, sollevando il Comune di Caselle Torinese da qualsiasi responsabilità in merito.

Il trattamento sarà improntato ai principi di cui all'art. 5 del GDPR, ovvero secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, integrità, riservatezza e minimizzazione dei dati; nonché secondo i principi di limitazione delle finalità del trattamento e di limitazione della conservazione.

Dati di contatto

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Caselle Torinese, Piazza Europa n. 2, 10072, Caselle Torinese (Torino), tel. 011/9964100 pec: comune.caselle-torinese@legalmail.it

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è la società Sistema Susio Srl - Codice fiscale / Partita Iva: 01614790010, contattabile ai seguenti riferimenti:

- email: info@sistemasusio.it
- PEC: info@pec.sistemasusio.it

Finalità del trattamento e base giuridica

I dati personali, dei genitori e dei minori, saranno trattati per la finalità di garantire il diritto di partecipare al sistema locale dei servizi socio educativi per la prima infanzia, in particolare per l'istruttoria relativa all'ammissione all'asilo nido, al servizio di refezione scolastica, al servizio di trasporto scolastico, alle attività ricreative (ad es. centri estivi) e per consentire tutti gli adempimenti amministrativi connessi, quali la determinazione delle tariffe di accesso e il recupero delle morosità.

I dati saranno altresì trattati per attuare i programmi di prevenzione e recupero di forme di disagio ed emarginazione sociale, nonché per accogliere precocemente bambini diversamente abili.

Solo con il consenso degli Interessati, revocabile in qualsiasi momento, potranno essere scattate fotografie o svolte riprese video ai propri figli, solo da personale autorizzato dal Comune di Caselle Torinese e con la finalità di promuovere le attività svolte nell'ambito dei servizi socio educativi. A titolo esemplificativo potranno essere scattate fotografie o effettuate riprese video in occasione di recite, gite e attività didattiche.

È escluso dalle finalità del trattamento qualsiasi uso che non rientri nell'attività dei servizi socio educativi indicati annualmente nel POF. Per tali finalità, la base giuridica del trattamento è l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di un pubblico potere nonché l'adempimento di obblighi di legge cui il Comune di Caselle Torinese è soggetto.

In nessun caso, i dati personali trattati saranno oggetto di alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.

Tipologie di dati trattati

Per le finalità sopra esposte, saranno trattati i seguenti dati:

- *dati personali di tipo comune*: ad esempio dati identificativi e anagrafici dei genitori e del minore, dati di contatto, dati per l'ammissione, ad esempio professione, dati relativi alla composizione del nucleo familiare, dati economici e patrimoniali e ogni altro dato personale il cui trattamento sia imposto da legge o regolamento nell'ambito dell'accesso ai servizi socio educativi per l'infanzia;
- *dati particolari* anche del minore, ovvero dati personali relativi alla salute, alle convinzioni religiose, all'origine razziale ed etnica e ogni altro dato particolare il cui trattamento sia imposto da legge o regolamento nell'ambito dell'accesso ai servizi socio educativi per l'infanzia;
- *Fotografie e riprese audiovisive di minori*.

Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati avviene osservando misure organizzative e tecniche appropriate per proteggere i dati personali dai rischi di distruzione, perdita, modifica, divulgazione e accesso non autorizzati.

Il trattamento non pregiudicherà in nessun caso la dignità personale ed il decoro del minore.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati ha natura facoltativa per le finalità di cui sopra. Il mancato conferimento non autorizzerà riprese fotografiche e/o audiovisive del minore.

⁽¹⁾ aggiornata il 15/03/2024

Destinatari dei dati

I dati possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati che, secondo le norme, sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli esclusivamente per le finalità sopra indicate. I dati potranno essere comunicati alle categorie di destinatari di seguito elencati a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Società/Cooperative che gestiscono le strutture per la prima infanzia
- Società/Cooperative che gestiscono il servizio di refezione scolastica e relativo responsabile dietista
- Società /Cooperative che gestiscono il servizio di trasporto scolastico
- Istituti scolastici
- Cooperative sociali
- Altre Pubbliche Amministrazioni (ad es. la Regione Piemonte)

I dati potranno essere comunicati anche ai soggetti che hanno titolo per l'esercizio del diritto di accesso, nel rispetto della relativa disciplina.

I dati saranno oggetto di diffusione, nel rispetto del principio di minimizzazione, esclusivamente per l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione dei dati imposti dalla normativa vigente.

Le immagini e le riprese audiovisive potranno essere oggetto di diffusione sul sito web e la pagina Facebook del Comune di Caselle Torinese

Trasferimento dei dati all'estero

I dati forniti non saranno oggetto di trasferimento all'estero.

Periodo di conservazione

I dati raccolti verranno conservati negli archivi informatici del Comune di Caselle Torinese.

I dati saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti inclusa l'eventuale necessità di accertamento, esercizio o difesa dei diritti del Titolare e in ogni caso per il tempo previsto dalle norme di legge o regolamento applicabili al Comune.

La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

Diritti dell'interessato

Gli articoli 15 e seguenti del GDPR, conferiscono all'interessato, inteso come persona cui si riferiscono i dati, il diritto di ottenere dal Titolare la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e, in tal caso, di ottenerne l'accesso e la rettifica, se inesatti o incompleti.

Ad esclusione delle ipotesi in cui il trattamento sia necessario per l'adempimento di un obbligo di legge o per l'esercizio di un compito svolto nel pubblico interesse o nell'esercizio di un pubblico potere, all'interessato è riconosciuto il diritto alla cancellazione dei propri dati personali, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento e di opporsi al trattamento dei dati.

Per l'esercizio di tali diritti, è possibile rivolgersi al Titolare del trattamento oppure al DPO, contattando i seguenti riferimenti:

- Titolare del Trattamento: Comune di Caselle Torinese – PEC: comune.caselle-torinese@legalmail.it
- - Responsabile della Protezione dei dati personali, al seguente riferimento: Sistema Susio Srl - PEC: info@pec.sistemasusio.i

Si informa infine che l'interessato ha la possibilità di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali, Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma; email: garante@gpdp.it; pec: protocollo@pec.gpdp.it.

Caselle Torinese, li _____

Firma per presa visione Genitore 1: _____

Firma per presa visione Genitore 2: _____

Vuole autorizzare riprese fotografiche e/o audiovisive del minore per le finalità e con le modalità sopra indicate?

presto il consenso - Il consenso si intende validamente espresso se prestato da entrambi i genitori.

nego il consenso

Caselle Torinese, li _____

Firma per presa visione Genitore 1: _____

Firma per presa visione Genitore 2: _____