

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO (Non compilare)**Struttura:** _____

Nome e cognome bambino _____ Data di nascita _____

Residente nel comune di _____

Data della consegna della domanda _____ Data inserimento richiesta _____

Data inserimento effettiva _____

Tempo richiesto _____

Data variazione di frequenza _____ Data cessazione di frequenza _____

A: Unicoop Cooperativa Sociale a r.l.**I Sottoscritti**

Madre.....nata a.....Nazionalità.....

Padre.....nato a.....Nazionalità.....

(nome e cognome di entrambi i genitori)

Residenti avia.....

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

Nat... a ilNazionalità.....

Chiedono

L'ammissione del... figli... a frequentare la struttura _____

dal(data dell'inizio della frequenza)

a tempo (barrare la casella interessata): pieno part time... prolungato.....**Dichiarano**

Di avere ricevuto il Libretto informativo/Carta dei Servizi e/o Regolamento che disciplina il funzionamento del Servizio.

Per ulteriori comunicazioni, si prega di richiamarci ai seguenti numeri:

(Tel. abitazione)..... (cell. madre).....

(cell. padre) e-mail:

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)

**RICEVUTA PER IL GENITORE**

Struttura.....

Domanda di iscrizione ricevuta il

Firma del ricevente

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 Impegnanoa 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" **UNICOOP COOP. SOC. AR.L.** 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.**Tenuto conto del calendario vaccinale (nazionale e regionale) e delle problematiche che possono ritardarne l'effettuazione, **per la/il bambina/o che inizia la frequenza al servizio prima del compimento del 6° mese** di vita e che eventualmente non ha effettuato la prima dose obbligatoria, il medesimo **verrà ammesso con riserva, se i genitori si impegnano a sottoporlo alla prima dose dei vaccini obbligatori entro i 6 mesi**, inoltre:**Autorizzano**il "Titolare"/"Ente gestore" **UNICOOP COOP. SOC. AR.L.** ad acquisire l'idoneità alla frequenza (attestante l'avvenuta vaccinazione) direttamente presso la AUSL di competenza.**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)