



**DOMANDA D'ISCRIZIONE AL NIDO AZIENDALE**  
**INSIEME A MAMMA E PAPA'**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dipendente dell'A.O.R.N. "A.Cardarelli"

Matricola: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

dipendente di azienda privata che eroga nell'ospedale servizi in outsourcing

nonno dipendente dell'A.O.R.N. "A.Cardarelli"

Luogo in cui si esplica l'attività lavorativa (UOC o altra struttura organizzativa):

Recapito Cellulare: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

genitore del/della bambino/a:

<b>Dati bambino/a</b>	Cognome e Nome:																			
Nato/a a _____	il	____/____/____	<b>C.F.</b>																	
Residenza:	via	n.	Comune					Prov.												

**CHIEDE**

l'iscrizione al **nido** dell'A.O.R.N. "A.Cardarelli" ubicato presso il Padiglione F – 1 Piano

A tal fine, il richiedente, ai sensi del D.P.R. 445/00 artt.46 e 47, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, che tutte le informazioni e le dichiarazioni fornite nel presente modello sono veritiere e che è consapevole delle sanzioni civili e penali a cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 445/00).

<b>Madre</b>	Cognome e Nome:																		
Nato a _____	il	____/____/____																	

<b>Padre</b>	Cognome e Nome:		
Nato a _____		il ___/___/_____	
<b>Recapiti</b>	Tel.casa:	Cell. madre:	Cell. padre:

Inoltre **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

che il/la bambino/a è stato/a sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni obbligatorie:

Vaccinazioni obbligatorie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

presso il seguente Centro Vaccinale: \_\_\_\_\_  
(si allega copia tesserino vaccinale)

(**barrare solo se il caso ricorre**) di aver diritto di precedenza nella graduatoria in quanto il bambino è disabile o in situazione di invalidità, attestata dalla documentazione allegata e di seguito elencata:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_

di appartenere alle seguenti **categorie** per la formazione della graduatoria:

		<i>Segnare con una X il caso ricorrente</i>
1	genitore con bambino inserito in nucleo familiare composto da due genitori di cui uno solo lavora (5 punti)	
2	genitore con bambino inserito in nucleo familiare composto da due genitori che lavorano (8 punti)	
3	genitore con bambino inserito in nucleo familiare monoparentale (10 punti)*	

### **Informativa trattamento dati**

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'Azienda Ospedaliera può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali).

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_

### **Allegare:**

1. **documento d'identità** in corso di validità (in fotocopia);
2. **ISEE o altra dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000;**
3. **documentazione attestante l'eventuale condizione di disabilità del minore;**
4. **contratto di lavoro** (per chi non è dipendente dell'A.O.R.N. "A.Cardarelli").

\*è definita famiglia monoparentale quella composta da un solo genitore celibe/nubile, vedovo/a, separato/a, divorziato/a con uno o più figli minorenni che non vive insieme a un altro adulto in una comunità domestica comune