

ALLEGATO 1

**All'Ufficio Demografico del
Comune di Anacapri**

Via Caprile n. 30

demografico@comunedianacapri.it

demografico.comunedianacapri@pec.it

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI "MICRO-NIDO D'INFANZIA COMUNALE"
PER L'ANNO EDUCATIVO 2026/2027**

Per Il/La Destinario/a:

il bambino/bambina Nome _____ Cognome _____
☐ M ☐ F nato/a a _____ il _____ residente a _____
_____ via _____ n _____ tel _____
_____ cell. Genitore _____

è stato adottato o sono in corso pratiche di adozione? NO ☐ SÌ ☐

cognome e nome del pediatra _____

è importante segnalare eventuali problemi di salute, condizioni fisiche o psichiche del bambino
(allegando adeguata certificazione medica):

SI RICHIEDE

-
- ☐ **Prima iscrizione per A.E. 2026/2027**
- ☐ **Conferma iscrizione per anno in corso**
-

DATI RELATIVI ALLA MADRE	DATI RELATIVI AL PADRE
Cognome:	Cognome:
Nome:	Nome:
Nata a: _____ il: _____	Nato a: _____ il: _____
Titolo di studio: telefono: mail :	Titolo di studio: telefono : mail :
Studente (attualmente frequentante)	
Scuola/università/ente di formazione frequentato per l' A. A _____:	Scuola/università/ente di formazione frequentato A. A _____:
Sede di frequenza:	Sede di frequenza:

Condizione lavorativa	
Dipendente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> autonoma: titolare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> socia <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> professione / attività:	Dipendente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> autonomo: titolare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> professione / attività:
<p align="center">AZIENDA</p> <p align="center">presso cui è assunta/o o ha stipulato contratto di collaborazione/progetto; nel caso sia titolare/socia/o specificare se impresa individuale, familiare, snc, srl,...</p>	
Nome ditta:	Nome ditta:
Sede di lavoro (comune, via):	Sede di lavoro (comune, via):
Data di assunzione o inizio attività:	Data di assunzione o inizio attività:
Tipo di contratto: a termine* <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/>	Tipo di contratto: a termine* <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/>
data di scadenza* (contratto a termine): compilare anche "CONDIZIONE LAVORATIVA DI PRECARIATO/DISOCCUPAZIONE"	data di scadenza* (contratto a termine): compilare anche "CONDIZIONE LAVORATIVA DI PRECARIATO/DISOCCUPAZIONE"
<p align="center">Orario di lavoro settimanale:</p>	
a tempo pieno <input type="checkbox"/> ore __ part-time <input type="checkbox"/> ore __ mattino dalle _____ alle _____ pomeriggio dalle _____ alle _____ notte dalle _____ alle _____	a tempo pieno <input type="checkbox"/> ore __ part-time <input type="checkbox"/> ore __ mattino dalle _____ alle _____ pomeriggio dalle _____ alle _____ notte dalle _____ alle _____
in caso di trasferte con pernottamenti indicare il numero di notti mediamente effettuate nell'arco dell'anno _____	in caso di trasferte con pernottamenti indicare il numero di notti mediamente effettuate nell'arco dell'anno _____
<p align="center">CONDIZIONE LAVORATIVA DI PRECARIATO/DISOCCUPAZIONE</p>	
PRECARIA indicare eventuali lavori precedenti azienda _____ dal _____ al _____ ore sett. _____ azienda _____ dal _____ al _____ ore sett. _____ DISOCCUPATA indicare ultimo lavoro effettuato azienda _____ dal _____ al _____ ore sett. _____ ISCRIZIONE al Centro per l'impiego: <div style="text-align: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div>	PRECARIO indicare eventuali lavori precedenti azienda _____ dal _____ al _____ ore sett. _____ azienda _____ dal _____ al _____ ore sett. _____ DISOCCUPATA indicare ultimo lavoro effettuato azienda _____ dal _____ al _____ ore sett. _____ ISCRIZIONE al Centro per l'impiego: <div style="text-align: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div>

DATI RELATIVI ALLA FAMIGLIA

GENITORI

sono entrambi presenti nel nucleo familiare SÍ ☐ - ☐ NO*

*se NO allegare eventuale documentazione attestante le modalità di affidamento dei figli

ALTRI FIGLI PRESENTI NEL NUCLEO FAMILIARE

NO ☐ se SÍ ☐ indicare:

anno di nascita: _____	scuola attualmente frequentata: _____
anno di nascita: _____	scuola attualmente frequentata: _____
anno di nascita: _____	scuola attualmente frequentata: _____

è in corso una gravidanza?

NO ☐ se SÍ ☐ è necessario allegare analisi (HCG ematico, ecografia o altri esami tipici della gravidanza)

DATI RELATIVI AI NONNI (la compilazione serve per il punteggio secondario)

NONNI MATERNI

residenti a (stato, comune, via, n°)

solo per i nonni residenti nell'Isola di Capri compilare anche il campo relativo all'occupazione:

NONNA (data di nascita): _____ occupata NO ☐ se SÍ ☐ indicare professione, orario settimanale, nome e sede Ditta: ☐

NONNO (data di nascita): _____ occupata NO ☐ se SÍ ☐ indicare professione, orario settimanale, nome e sede Ditta: ☐

se già riconosciuta invalidità civile (almeno 50%) allegare verbali o documentazione equivalente:
nonna NO ☐ SÍ ☐ nonno NO ☐ SÍ ☐

note

in caso di decesso indicare data e luogo della registrazione:

NONNI PATERNI

residenti a (stato, comune, via, n°)

solo per i nonni residenti nell'Isola di Capri compilare anche il campo relativo all'occupazione:

NONNA (data di nascita): _____ occupata NO ☐ se SÍ ☐ indicare professione, orario settimanale, nome e sede Ditta: ☐

NONNO (data di nascita): _____ occupata NO ☐ se SÍ ☐ indicare professione, orario settimanale, nome e sede Ditta: ☐ ☐ ☐

se già riconosciuta invalidità civile (almeno 50%) allegare verbali o documentazione equivalente:
nonna NO ☐ SÍ ☐ nonno NO ☐ SÍ ☐
note

in caso di decesso indicare data e luogo della registrazione:

ULTERIORI INFORMAZIONI SU CONDIZIONI O PROBLEMI CHE SI INTENDE
SEGNALARE (lavoro, abitazione, salute dei familiari, in quest'ultimo caso occorre allegare idonea
documentazione)

È stato /a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie NO ☐ SÍ ☐

FINO A CHE ORA FREQUENTERA' IL SERVIZIO _____

Il/la sottoscritto/a padre/madre, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente
modulo, **dichiara che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al
vero ed inoltre:**

- autorizza il controllo sulla veridicità di quanto dichiarato nella presente domanda;
- si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza o di recapito telefonico;
- è consapevole che se la domanda non verrà compilata in ogni parte, non sarà possibile procedere all'assegnazione del relativo punteggio;
- è consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy;
- è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28-12-00 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dell'assegnazione del servizio;

RICHIEDE CHE LA FATTURA SIA INTESTATA AL PADRE (_____) O ALLA
MADRE (_____)

CODICE FISCALE INTESTATARIO FATTURA _____

**Accetta e si impegna a comunicare la rinuncia al servizio e/o la variazione del cambio di
pacchetto orario, entro il giorno 20 del mese antecedente, in modo tale da far partire la
variazione dal giorno 1 del mese successivo;**

DICHIARA altresì,

di aver preso visione della informativa per il trattamento dei dati personali di seguito
riportata e di prestare il relativo consenso con l'apposizione della firma in calce al presente
atto.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016

In relazione ai dati personali trattati dal Comune di Anacapri, per la gestione della presente
procedura, ai sensi del regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) e

dell'art. 13 D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 (in seguito, "Codice Privacy") si informa che:

Titolare trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati che è il Comune di Anacapri; indirizzo Via Caprile 30, 80071 Anacapri (NA), Partita IVA 00511550634, Pec protocollo.comunedianacapri@pec.it o Email resp.ufficiodemografico@comunedianacapri.it.

Finalità del trattamento e base giuridica

La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è lo svolgimento dell'istruttoria delle domande per l'accesso al servizio di "micro-nido d'infanzia comunale" (D.D. nr. 154 del 31/10/2025 RG 1674), per l'anno educativo 2026/2027. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell'interessato e i suoi diritti. I dati saranno trattati con strumenti cartacei e/o elettronici/informatici, nel rispetto dei principi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e in osservanza delle disposizioni di legge o di regolamento per adempiere agli obblighi ed alle facoltà previsti in capo agli enti locali.

Dati oggetto del trattamento

I dati conferiti al Comune di Anacapri vengono trattati dal personale interno autorizzato e potranno essere comunicati alla Regione Campania e ad altri enti pubblici competenti per l'erogazione dei contributi e i relativi controlli. Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15-22 GDPR (accesso, rettifica, cancellazione, opposizione, ecc.).

Periodo di conservazione

Ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione di dati/documenti cartacei/digitali della pubblica amministrazione.

Diritti dell'interessato

All'interessato (ovvero la persona fisica cui si riferiscono i dati personali) competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano, la rettifica, integrazione o, ricorrendone gli estremi, la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento.

Data

IL DICHIARANTE

Allega, alla presente domanda (contrassegnarli con una X):

- ☐ attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;
- ☐ fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;

Luogo e data: _____, ____ / ____ / ____

Firma, _____