

ALLEGATO 1

**All'Ufficio Demografico del  
Comune di Anacapri**  
Via Caprile n. 30  
[demografico@comunedianacapri.it](mailto:demografico@comunedianacapri.it)  
[demografico.comunedianacapri@pec.it](mailto: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  SÍ

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**

---

<b>DATI RELATIVI ALLA MADRE</b>	<b>DATI RELATIVI AL PADRE</b>
Cognome:	Cognome:
Nome:	Nome:
Nata a: il:	Nato a: il:
Titolo di studio: telefono: mail :	Titolo di studio: telefono : mail :
<b>Studente (attualmente frequentante)</b>	
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"/> autonoma: titolare <input type="checkbox"/> socia <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> professione / attività:	Dipendente <input type="checkbox"/> autonomo: titolare <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> professione / attività:
--	--

### AZIENDA

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,...

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"/> data di scadenza* (contratto a termine): compilare anche "CONDIZIONE LAVORATIVA DI PRECARIATO/DISOCCUPAZIONE"	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"

### Orario di lavoro settimanale:

<b>a tempo pieno</b> <input type="checkbox"/> ore _____ <b>part-time</b> <input type="checkbox"/> ore _____ mattino dalle _____ alle _____ pomeriggio dalle _____ alle _____ notte dalle _____ alle _____	<b>a tempo pieno</b> <input type="checkbox"/> ore _____ <b>part-time</b> <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 _____

### CONDIZIONE LAVORATIVA DI PRECARIATO/DISOCCUPAZIONE

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: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

### 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 FREQUENTERÀ 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](mailto:protocollo.comunedianacapri@pec.it) o Email [resp.ufficiodemografico@comunedianacapri.it](mailto: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, \_\_\_\_\_