

# ASILO INFANTILE "MONUMENTO AI CADUTI" GUARDA VENETA

ENTE MORALE - ISTITUITO CON REGIO DECRETO 29/10/1931 N. 1540  
I.P.A.B. - ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA  
SCUOLA MATERNA PARITARIA AUTORIZZATA CON DECRETO N. 488/4986 DEL 28/02/2001

Via Giacomo Matteotti 122 - 45030 Guarda Veneta (RO) - C.F. 80002150292 - Tel. 392 9560943  
asiloguardaveneta@gmail.com - asiloguardaveneta@pec.it - www.asiloguardaveneta.it

## **RICHIESTA DI ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_**

### **DATI DEL BAMBINO**

*(aggiunte o correzioni)*

|                     |       |       |
|---------------------|-------|-------|
| Cognome             | _____ | _____ |
| Nome                | _____ | _____ |
| Luogo di nascita    | _____ | _____ |
| Data di nascita     | _____ | _____ |
| Nazionalità         | _____ | _____ |
| Sesso               | _____ | _____ |
| Codice Fiscale      | _____ | _____ |
| Comune di residenza | _____ | _____ |
| Indirizzo           | _____ | _____ |
| C A P               | _____ | _____ |

### **DATI DEL PADRE o del TUTORE**

|                        |       |       |
|------------------------|-------|-------|
| Cognome e Nome         | _____ | _____ |
| Luogo di nascita       | _____ | _____ |
| Data di nascita        | _____ | _____ |
| 1° recapito telefonico | _____ | _____ |
| 2° recapito telefonico | _____ | _____ |
| 3° recapito telefonico | _____ | _____ |

### **DATI DELLA MADRE o della TUTRICE**

|                        |       |       |
|------------------------|-------|-------|
| Cognome e Nome         | _____ | _____ |
| Luogo di nascita       | _____ | _____ |
| Data di nascita        | _____ | _____ |
| 1° recapito telefonico | _____ | _____ |
| 2° recapito telefonico | _____ | _____ |
| 3° recapito telefonico | _____ | _____ |

Indirizzi mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI RELATIVE AL BAMBINO

Soggetto epilettico (*SI o NO*) \_\_\_\_\_

Soggetto ad allergie alimentari (*SI o NO*) \_\_\_\_\_

se *SI* specificare e allegare il certificato medico attestante il tipo di allergia

---

---

---

### PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO (*oltre ai genitori*)

Cognome, nome e tel. \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE

allegare la fotocopia \_\_\_\_\_  
di un documento \_\_\_\_\_  
di identità valido \_\_\_\_\_  
per ogni persona \_\_\_\_\_  
autorizzata al ritiro \_\_\_\_\_

### NOTE PARTICOLARI

Autorizzazione a fotografare o filmare il bambino al solo fine didattico (*SI o NO*) \_\_\_\_\_

Bambino sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie (*SI o NO*) \_\_\_\_\_  
(*allegare copia del libretto di vaccinazione*) \_\_\_\_\_

Data

Firma di entrambi i genitori o del tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I sottoscritti, dichiarano, ai sensi delle vigenti norme in materia di autocertificazione, che i dati sopraindicati sono veritieri.

Di essere a conoscenza che la Scuola è una scuola paritaria ai sensi della L. 62/2000 e in quanto tale svolge servizio pubblico in osservanza delle norme statali e regionali in materia di istruzione dell'infanzia.

Di condividere il progetto educativo ispirato ai valori cristiani della vita; di essere consapevoli che l'IRC è parte integrante del progetto educativo di questa scuola di ispirazione cristiana e rappresenta un aspetto culturale irrinunciabile per la formazione della persona nel rispetto degli alunni di diverse culture, e di scegliere che il proprio/a figlio/a si avvalga dell'insegnamento della religione cattolica svolto secondo le modalità previste dalla normativa e nel pieno rispetto della libertà di coscienza di ciascun bambino/a;

Di prendere atto che l'azione formativa della Scuola, tesa ad agevolare l'adempimento dei compiti educativi propri della famiglia, viene svolta in stretta collaborazione con la famiglia stessa alla quale è richiesto di partecipare attivamente alla vita della Scuola.

Data

Firma di entrambi i genitori o del tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ASILO INFANTILE "MONUMENTO AI CADUTI" GUARDA VENETA

ENTE MORALE - ISTITUITO CON REGIO DECRETO 29/10/1931 N. 1540  
I.P.A.B. - ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA  
SCUOLA MATERNA PARITARIA AUTORIZZATA CON DECRETO N. 488/4986 DEL 28/02/2001

Via Giacomo Matteotti 122 - 45030 Guarda Veneta (RO) - C.F. 80002150292 - Tel. 392 9560943  
asiloguardaveneta@gmail.com - asiloguardaveneta@pec.it - www.asiloguardaveneta.it

Oggetto: INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13, Regolamento UE 679/16

Gentilissimi genitori o tutori,  
desideriamo informarvi che il regolamento UE 679/16 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza nonché di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Fra i dati personali che vi vengono chiesti per la compilazione della **Domanda di Iscrizione** ci è necessario richiedervi anche quelli che la legge definisce come "dati sensibili" ed in particolare informazioni riguardanti la salute del/della fanciullo/a. La presenza di queste informazioni ci porta ad applicare severe e vincolanti norme di comportamento alle quali tutto il personale è tenuto ad attenersi.

Ai sensi dell'articolo 13 della legge predetta vi forniamo, quindi, le seguenti informazioni:

1. i dati da voi forniti, riguardanti il/la fanciullo/a che usufruirà dei nostri servizi o i suoi familiari, raccolti mediante questionario diretto compilato con la collaborazione del nostro personale, verranno trattati unicamente per la valutazione della domanda e la formazione della graduatoria di inserimento nonché, eventualmente, della lista di attesa;
2. il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio pena la non ammissione al servizio al fine di operare in modo sicuro per la tutela della serenità e della salute del/della vostro/a e degli altri fanciulli;
3. tutti i dati raccolti relativi al/alla bambino/a verranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento delle pratiche amministrative e burocratiche necessarie e saranno forniti esclusivamente ad altri soggetti sempre ed esclusivamente per fini inerenti l'attività scolastica (Comune, Regione, Ministero, ULS 5 Polesana ed altri eventuali soggetti ai quale dovessimo necessariamente fornirli);
4. è previsto che voi dobbiate esprimere il vostro consenso a seguito delle informazioni che vi abbiamo fornito. Vi ricordiamo che la negazione di tale consenso non ci consentirà di fornirvi i servizi che ci richiedete;
5. titolare del trattamento è la scrivente;
6. responsabile dei trattamenti è il Presidente del C.d.A. al quale potrete rivolgervi presso i recapiti della scrivente per esercitare i diritti previsti dall'articolo 15 e successivi che la legge vi riconosce, accesso, aggiornamento, blocco;
7. vi ricordiamo che potrete sempre rivolgervi all'autorità di controllo per proporre un reclamo sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)

## I SOTTOSCRITTI

Padre o Tutore \_\_\_\_\_

Madre o Tutrice \_\_\_\_\_

del/della bambino/a \_\_\_\_\_

a seguito dell'informativa fornitaci diamo il nostro consenso ai trattamenti descritti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.

Data

Firma di entrambi i genitori o dei tutori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_