



Comune di Monte San Biagio

Provincia di Latina

via Roma,1 - 04020 Monte San Biagio (LT) C.F.:81003590593
tel.: 0771/5689219 martina.fusco@comune.montesanbiagio.lt.it

Al Responsabile dell' Area Amministrativa
Servizi Sociali
Comune Monte San Biagio

OGGETTO: Domanda di ammissione al Centro diurno per minori 6 – 13 anni

RICHIEDENTE

<u>Cognome</u>	<u>Nome</u>
----------------	-------------

Documenti allegati:

- Certificazione reddituale ISEE
- Certificato di frequenza scolastica del minore
- certificazione sanitaria attestante la disabilità media
- fotocopia documento di riconoscimento del richiedente
- Altro _____

INFORMATIVA PRIVACY - D. Lgs. 196/2003 — Reg. (UE) n. 2016/679 (GDPR)

Ringraziamo per averci fornito i dati personali e portiamo a Vostra conoscenza la finalità e le modalità del trattamento cui essi sono destinati.

Finalità del trattamento

I dati vengono da noi raccolti esclusivamente per l'istruttoria relativa alla presente domanda.

Modalità del trattamento

I dati vengono da noi trattati manualmente e conservati nei nostri archivi cartacei, e vengono elaborati tramite il nostro sistema informatico, sul quale vengono conservati unitamente a tutti i dati inerenti la presente pratica_ nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato B del Codice della Privacy.

La conservazione dei documenti viene effettuata per tutta la durata prevista dal Codice Civile e/o altre disposizioni in materia.

Natura obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio.

Conseguenze del rifiuto.

L'eventuale rifiuto a fornire dati personali per adempiere alle finalità ili cui sopra non renderà possibile l'iter procedurale della pratica

Soggetti a cui potranno essere comunicati i dati personali.

Personale del Comune, in qualità di responsabili e incaricati al trattamento per il disbrigo della pratica il quale è stato debitamente istruito in materia di sicurezza dei dati personali e del diritto alla privacy.

CONSENSO al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/03 -Reg. (UE) n. 2016/679 (GDPR)

Apponendo la firma in calce alla presente domanda, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini di legge.

In particolare manifesto il consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati personali così come indicati dall'informativa;
- la comunicazione dei dati a terzi come indicati dall'informativa.

2) CONDIZIONI DEL NUCLEOFAMILIARE

(barrare con una X in corrispondenza della voce che interessa)

TABELLA 1 – CONDIZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

		RISERVATO ALL'UFFICIO		
a) da genitori nucleo familiare composto che lavorano		madre	padre	Totale punti
Da 30 a 40 ore settimanali	<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre			
Da 15 a 29 ore settimanali	<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre			
Da 10 a 15 ore settimanali	<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre			
b) nucleo familiare composto da un solo genitore che lavora				Punti
da 30 a 40 ore settimanali				
da 15 a 29 ore settimanali				
da 10 a 15 ore settimanali				
c) stato civile dei genitori				
<input type="checkbox"/> vedova/o <input type="checkbox"/> separata/o legalmente <input type="checkbox"/> ragazza madre/ragazzo padre				
Assenza dell'altro genitore per i seguenti motivi				
<input type="checkbox"/> emigrata/o <input type="checkbox"/> detenuta/o				

TABELLA 2 – CARICO FAMILIARE

Situazioni particolari componenti del nucleo familiare	Punti
<input type="checkbox"/> altri figli minori componenti il nucleo familiare oltre al bambino /a per il quale si chiede l'iscrizione n _____	
<input type="checkbox"/> minori in condizioni di disabilità per handicap fisico e/o psichico e/o sensoriale certificato ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.ii.	
<input type="checkbox"/> presenza di un genitore con gravi problemi di salute certificati ai sensi della Legge 104/92	

TABELLA 3 – SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE

Certificazione modello ISEE (da allegare)	Punti
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 0,00 ad €1.000,00	
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 1.001,00 ad €3.000,00	
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 3.001,00 ad €6.000,00	
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 6.001,00 ad €12.000,00	
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 12.001,00 ad €18.000,00	
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE oltre € 18.000,00	

Dichiara altresì di impegnarsi a pagare la quota mensile secondo la fascia di appartenenza relativa al reddito ISEE come previsto dalla seguente tabella:

FASCE DI REDDITO ISEE	QUOTA MENSILE
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 0,00 ad €1.000,00	€ 0,00
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 1.001,00 ad €3.000,00	€ 5,00
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 3.001,00 ad €6.000,00	€ 10,00
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 6.001,00 ad €12.000,00	€ 15,00
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE da € 12.001,00 ad €18.000,00	€ 20,00
<input type="checkbox"/> Reddito ISEE oltre € 18.000,00	€ 35,00

N.B. A parità di punteggio si terrà conto della data protocollo della domanda.

Monte San Biagio, lì _____

In fede il/la Richiedente _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

TOTALEPUNTIASSEGNATI _____

QUOTA MENSILE DAPAGARE _____