

Nome bambino/a: _____ maschio ☐ femmina ☐

nato/a il: _____ a: _____

residente a: _____

Via _____ n. _____

Codice fiscale bambino/a: _____

Orario giornaliero di frequenza della microstruttura:

☐ lu orario _____	☐ ma orario _____	☐ me orario _____
☐ gi orario _____	☐ ve orario _____	

Annotazione: _____

Inizio assistenza: _____ fine assistenza: _____

Informazioni riguardo la famiglia:

	Padre	Madre
Cognome e nome		
Indirizzo	_____ _____	_____ _____
Codice fiscale		
Professione attuale (indicare se in maternità e fino a quando)		
Esercita lavoro	a) autonomo ☐ b) dipendente ☐	a) autonomo ☐ b) dipendente ☐
Datore e luogo di lavoro		
Esercita attività lavorativa	a) tempo pieno ☐ b) part-time 75% ☐ c) part-time 50% ☐	a) tempo pieno ☐ b) part-time 75% ☐ c) part-time 50% ☐
Nr.tel. lavoro Nr.tel. privato	_____ _____	_____ _____

Attuale situazione familiare (prego barrare solo una casella)

- ☐ **genitori coniugati** oppure **famiglia di fatto** (i genitori possono anche avere un domicilio diverso);
- ☐ **famiglia monogenitoriale** (padre/madre separato/a, divorziato/a, vedovo/a e non coniugato/a, il/la quale in assenza dell'altro genitore, che **non** provvede all'accudimento ed all'educazione, convive solo con il/la figlio/a);
- ☐ **famiglia monogenitoriale convivente con altre persone ad eccezione del padre/della madre legittimo/a del/la bambino/a;**
- ☐ **genitori separati, divorziati, non coniugati e non conviventi.**

Particolari situazioni familiari

- ☐ **bambino/a diversamente abile** (diagnosi funzionale)
- ☐ **situazione di disagio e/o esistenza di problemi di ordine sanitario e/o psicologico nel/nella bambino/a** (allegare certificato medico)
- ☐ **situazione di disagio e/o esistenza di problemi di ordine sanitario e/o psicologico nel/nella famiglia** (solo per familiari conviventi; allegare certificato medico di uno specialista per l'attestazione della gravità oppure certificato che attesti un'invalidità maggiore del 70%)

Dichiarazione

Dichiaro che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti. Sono a conoscenza che indicazioni false o incomplete potranno essere perseguite penalmente e prestazioni percepite illegittimamente dovranno essere restituite (D.P.R. 445 del 28/12/2000).

Mi impegno a comunicare immediatamente ogni variazione rilevante.

Con la mia firma autorizzo la Cooperativa Sociale Tagesmütter al trattamento dei miei dati personali in base alla legge Nr. 196 del 30.06.2003.

.....
Data

.....
Firma dei genitori

Informazioni aggiuntive:

- ☐ ammesso il: ☐ lista di attesa