



## Modulo raccolta dati per l'espletamento dei servizi di asilo nido

ANNO EDUCATIVO 20\_\_\_\_ -20\_\_\_\_

A cura della segreteria

DATA DI PRESENTAZIONE \_\_\_\_\_

DOMANDA N° \_\_\_\_\_

In caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si incorre nelle sanzioni penali previste dal Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445. Ai sensi dell'articolo 11 del D.P.R. n. 403 del 20.10.1998 l'Amministrazione procederà ad opportuni controlli a campione a seguito dei quali il dichiarante potrebbe incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

### Dati anagrafici del bambino/a

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NAZIONALITA' \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE DEL BAMBINO/A \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO DI CASA \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Orario del nido : dalle ore 7.00 alle ore 17.30, dal lunedì al venerdì.

Indicare la fascia oraria di frequenza : Ora di entrata \_\_\_\_\_ Ora di uscita \_\_\_\_\_

A.S.P. Azienda Servizi Pubblici S.p.A.

Società ad intero capitale pubblico soggetta a controllo e coordinamento del Comune di Ciampino

Largo Felice Armati n° 1 – 00043 Ciampino (RM)

Tel.-Fax: 06-79069300-79069324 P.I.-C.F.: 02315031001 - [www.asp-spa.it](http://www.asp-spa.it)

PEC:aziendaservizipubblicispa@legalmail.it



|                                    |
|------------------------------------|
| <b>INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA</b> |
|------------------------------------|

GENITORE 1 :

COGNOME\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ VIA\_\_\_\_\_

CELLULARE\_\_\_\_\_

RECAPITO SEDE DI LAVORO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_

GENITORE 2:

COGNOME\_\_\_\_\_

NOME\_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ VIA\_\_\_\_\_

CELLULARE\_\_\_\_\_

RECAPITO SEDE DI LAVORO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_

---

A.S.P. Azienda Servizi Pubblici S.p.A.

Società ad intero capitale pubblico soggetta a controllo e coordinamento del Comune di Ciampino

Largo Felice Armati n° 1 – 00043 Ciampino (RM)

Tel.-Fax: 06-79069300-79069324 P.I.-C.F.: 02315031001 - [www.asp-spa.it](http://www.asp-spa.it)

PEC:aziendaservizipubblicispa@legalmail.it

**STATO- CIVILE**

(situazione riferita ai genitori del bambino per cui si richiede l'iscrizione)

Coniugati \_\_\_\_\_ Conviventi \_\_\_\_\_ Vedova /o \_\_\_\_\_

Nubile/celibe con figlia/o non riconosciuto \_\_\_\_\_

Nubile/celibe con figlia/o riconosciuto e non coabita con il genitore del bambino \_\_\_\_\_

Divorziata/o con sentenza (di cui si allega copia) omologa n° \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

Legalmente separata/o con sentenza (di cui si allega copia) omologa n° \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

Ha presentato istanza di separazione (di cui si allega copia) in data \_\_\_\_\_

presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore DICHIARA che:

il proprio nucleo familiare (incluso il bambino/a) risulta così costituito:

| COGNOME | NOME | NATO | IL | GRADO DI PARENTELA |
|---------|------|------|----|--------------------|
|         |      |      |    |                    |
|         |      |      |    |                    |
|         |      |      |    |                    |
|         |      |      |    |                    |

-1 Entrambi i genitori devono produrre autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 in cui dichiarano il regime giuridico di affidamento dei figli con indicazione dei relativi obblighi a loro attribuiti.

-2 Entrambi i genitori devono produrre autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 in cui dichiarano il regime giuridico di affidamento dei figli con indicazione di relativi obblighi a loro attribuiti.

-3 Entrambi i genitori devono produrre autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 in cui dichiarano il regime di gestione a cui l'asilo nido deve attenersi nella gestione di tutte le attività connesse al bambino.

### INFORMAZIONI SANITARIE

Medico di base del bambino: Dott. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Il bambino presenta allergie a farmaci o altro?

|    |    |  |
|----|----|--|
| SI | NO | In caso affermativo si prega allegare il Certificato del Pediatra. |
|----|----|--|

Il bambino presenta allergie o intolleranze alimentari o altro?

|    |    |  |
|----|----|--|
| SI | NO | In caso affermativo si prega allegare il Certificato del Pediatra. |
|----|----|--|

Il bambino presenta particolari problemi di salute documentati?

|    |    |   |
|----|----|---|
| SI | NO | In caso affermativo si prega di allegare il Certificato del Pediatra. |
|----|----|---|

Il bambino e' seguito dai servizi sociali del territorio?

|    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| NO |                          |  |
| SI | Assistente Sociale Dott. |  |

Il bambino presenta eventuali situazioni di handicap?

|    |  |
|----|--|
| NO |  |
| SI | (Handicap certificato) allegare certificato. |
| SI | (Handicap in fase di certificazione)         |
| SI | ( Handicap non certificato)                  |

Il personale provvedera' ad allertare immediatamente i genitori e le autorità di primo soccorso(118).

I genitori (o chi ne fa le veci) sono obbligati in caso di allontanamento del bambino/a a riprendere lo stesso nell'arco dei 60 minuti circa dalla segnalazione ricevuta telefonicamente dal personale. In caso contrario ci si assume tutte le **responsabilita' connesse a mancate cure ed altro.**

Il bambino in situazioni di handicap e' seguito dalle seguenti figure professionali:

|                       |  |                           |  |
|-----------------------|--|---------------------------|--|
| Fisioterapista Dott.  |  | Struttura di appartenenza |  |
| Logopedista Dott.     |  | Struttura di appartenenza |  |
| Psicologo Dott.       |  | Struttura di appartenenza |  |
| Neuropsichiatra Dott. |  | Struttura di appartenenza |  |
| Psicomotricista Dott. |  | Struttura di appartenenza |  |
| Altro                 |  | Struttura di appartenenza |  |
| Altro                 |  | Struttura di appartenenza |  |

I genitori sono a conoscenza che e' possibile chiedere che:

A) Per motivi religiosi non venga somministrata al proprio figlio:

|                  | SI | NO | Eventuali note |
|------------------|----|----|----------------|
| CARNE ROSSA      |    |    |                |
| CARNE BIANCA     |    |    |                |
| CARNE MAIALE     |    |    |                |
| CARNE AGNELLO    |    |    |                |
| PROSCIUTTO COTTO |    |    |                |
| ALTRO            |    |    |                |

B) Per scelta personale venga somministrata al proprio figlio una dieta:

|             | SI | NO | Eventuali note                             |
|-------------|----|----|--|
| VEGETARIANA |    |    | Allegare dieta sottoscritta dal Pediatra . |
| VEGANA      |    |    | Allegare dieta sottoscritta dal Pediatra.  |
| ALTO        |    |    | Allegare dieta sottoscritta dal Pediatra.  |

I genitori dichiarano di essere a conoscenza della normativa vigente che consente di somministrare al proprio figlio il latte materno. Nel caso in cui si opti per tale scelta deve essere compilato il modello di cui all'allegato A del predetto modello.

I genitori dichiarano di aver preso visione e di rispettare le seguenti regole sanitarie che regolano l'accesso e la permanenza dell'utente al nido:

- i bambini di età fino ad un anno seguiranno la dieta redatta dal proprio pediatra di base nella quale dovranno essere specificati gli alimenti introdotti fino a quel momento;

ogni modifica e/o ogni integrazione dovrà essere comunicata per iscritto dal Pediatra stesso;

- a tutti gli utenti che avranno compiuto un anno di età verrà erogato il menù del nido redatto dalla Pediatra della ASL di competenza e conforme a tutte le normative vigenti in materia;



- consegna, il primo giorno di inserimento, della copia completa del libretto delle vaccinazioni e/o del certificato rilasciato dalla ASL di competenza ai sensi del DL n°73 del 7 giugno 2017, del certificato medico del proprio pediatra che il bambino/a può frequentare la comunità e la copia del pagamento relativo alla retta del nido del primo mese di frequenza.

I genitori dichiarano di aver ricevuto:

- il menù del nido;
- il modulo di sottoscrizione relativo agli alimenti introdotti nel corso dello svezzamento;
- il questionario per l'inserimento all'asilo;
- le regole e le prescrizioni sanitarie;
- l'autorizzazione foto e filmati (da riconsegnare alle educatrici);
- il modulo di richiesta per attestato di frequenza al nido.

Firma di entrambi i genitori

.....  
.....