



Si prega di scrivere stampatello

DATI GENITORE

COGNOME

NOME.....

RESIDENZA

CELLULARE.....

MAIL.....

EVENTUALE DIFFICOLTÀ NELLA CONCILIAZIONE FRA CURA E LAVORO DEL NUCLEO DI PROVENIENZA (PER ESEMPIO SITUAZIONI CON ENTRAMBI I GENITORI LAVORATORI, NUCLEI FAMILIARI MONOPARENTALI, INCOMPATIBILITÀ DEL LAVORO DEI GENITORI CON LO *SMART-WORKING*, CONDIZIONI DI FRAGILITÀ, ECC.): _____

DATI BAMBINO

COGNOME.....

NOME.....

DATA NASCITA.....

STRUTTURA SCELTA.....

EVENTUALE CERTIFICAZIONE RELATIVA A DISABILITÀ'

PERIODO (barrare la casella che interessa)

24/06/2020-26/06/2020

29/06/2020-03/07/2020

06/07/2020-10/07/2020

Allegato: Patto di corresponsabilità

DATI Privacy: informativa ai sensi dell'art.12 ss Regolamento UE 679/2016.

I dati personali nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti tenuti alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art.15 e ss REg.UE 679/2016, l'interessato potrà visitare il sito www.comune.scandicci.fi.it accedendo alla sezione privacy.

Il titolare del trattamento è il Comune di Scandicci.

Scandicci, _____

Firma
