|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| bimbi [320x200] | ISTITUTO NOBILE MOROSINI  SCUOLA DELL’INFANZIA – NIDO INTEGRATO  VIA PARIS BORDONE, 5  31056 BIANCADE – (TV)  Tel. 0422849121  C.F. 80009330269 P.I. 00511190266  e- mail: [asilo.morosini@gmail.com](mailto:asilo.morosini@gmail.com)  Sito web: www.asilobiancade.it | Logo Scuola Associata |

**ANAGRAFICA – A.S. 2021/2022**

Dati anagrafici nucleo famigliare del/la bambino/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome del/la bambino/a) (CF del/la bambino/a)

|  |
| --- |
| Generalità del Padre  Cognome ……………………………………………………..……………… Nome ……………………………………………………………………..  Nato il ……………………..……… a …………………………………………………………… Cittadinanza ………………………………..……..  Codice fiscale …………………….……………………………………… Telefono abitazione …………………………..……….……………..  Telefono lavoro ….…………………..……….……………………….. Cellulare ……………………………………………………………………  E-mail …………………………………………………….….……………………………………………………………………………………………………  Residente (solo se diverso da quella del/la figlio/a) ………………………………………………..…… Prov. ………………..……..  In via……………………………………………..…………………………………………………………………………….….…………, n°………………. |

|  |
| --- |
| Generalità della Madre  Cognome ……………………………………………………..……………… Nome ……………………………………………………………………..  Nata il ……………………..……… a …………………………………………………………… Cittadinanza ………………………………..……..  Codice fiscale …………………….……………………………………… Telefono abitazione …………………………..……….……………..  Telefono lavoro ….…………………..……….……………………….. Cellulare ……………………………………………………………………  E-mail …………………………………………………….….……………………………………………………………………………………………………  Residente (solo se diverso da quella del/la figlio/a) ………………………………………………..…… Prov. ………………..……..  In via……………………………………………..…………………………………………………………………………….….…………, n°………………. |

Eventuali altri numeri di telefono (in ordine d’importanza):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | Ruolo  (nonni pat./mat., zio/zia, etc) | Numero di Telefono | **(\*) Firma per Consenso trattamento dati** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**In allegato**:

* certificato medico per intolleranza o allergia ….………………………………………………………..…..…..… SI NO

a…………………………………………………………………………………………………………………

* certificato e posologia medica per somministrazione di medicinali salvavita ………………….….... SI NO

Note (altre informazioni utili):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile (\*\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile (\*\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Firma di autocertificazione ai sensi delle Leggi: 15/1968, 127/1997, 131/1998, DPR 445/2000)*

(\*) La persona, firmando, dichiara di aver preso visione dell’informativa “04h1 Informativa N° Telefonici” (consegnata in copia) e acconsente al trattamento dei dati per le finalità riportate in essa, come previsto dal (GDPR 2016/679).

(\*\*) Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la presente modulistica, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.