Dem Ansuchen werden folgende Dokumente beigelegt:

- **Einheitliche Einkommens- und Vermögenserklärung (EEVE) vom Vorjahr, Bescheinigung zum Faktor der wirtschaftlichen Lage der Familie**
- _____
- _____

Die Unterfertigte/der Unterfertigte erklärt, dass alle im Gesuch gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass keine wichtigen Angaben verschwiegen worden sind.

Sie/er erklärt, im Sinne des Art. 76 des D.P.R. Nr. 445/2000, aufgeklärt worden zu sein und sich bewusst zu sein, dass er laut Strafgesetzbuch und Sondergesetze für alle unwahren und unvollständigen Angaben und für die Vorlage falscher Urkunden strafrechtlich verantwortlich ist. Er verpflichtet sich, dem Gesundheitsbezirk jede Änderung bezüglich der Voraussetzungen, welche für die Aufnahme in den Kinderhort ausschlaggebend sind, unverzüglich mitzuteilen.

Die Unterfertigte/der Unterfertigte ermächtigt den Gesundheitsbezirk bei den zuständigen Stellen unmittelbar zu kontrollieren, ob die gelieferten Daten der Wahrheit entsprechen. Eine etwaige Widersetzung der obgenannten Kontrollen hat zur Folge, dass die Leistungen nicht gewährt bzw. widerrufen werden.

Datum _____

_____
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

☒ **Anlage:**
Informationsblatt gemäß Artikel 13 der EU Verordnung Nr. 2016/679 (GDPR)

Die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers wurde im Sinne der Art. 21 und 33 des D.P.R. Nr. 445/2000 in Anwesenheit des beauftragten Beamten des zuständigen Amtes angebracht.

Zum Nachweis der Identität der Antragstellerin/des Antragstellers liegt, im Sinne der Art. 21 und 38 des D.P.R. Nr. 445/2000, die Kopie des gültigen Ausweises bei.

Datum _____

_____
Unterschrift des verantwortliche Sachbearbeiters/
der verantwortlichen Sachbarbeiterin

Alla domanda vengono allegati i seguenti documenti:

- **Dichiarazione unificata del reddito e patrimonio (DURP) dell'anno precedente, attestazione del valore della situazione economica del nucleo familiare**
- _____
- _____

La sottoscritta/Il sottoscritto dichiara che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono alla verità e che non sono stati omessi dati importanti.

Dichiara che, in applicazione dell'art 76 del D.P.R. Nr. 445/2000, è stata avvertita/stato avvertito ed è consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui va incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi. Si impegna, inoltre, a comunicare immediatamente all'Comprensorio Sanitario ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per l'ammissione all'Asilo Nido.

La sottoscritta/Il sottoscritto autorizza il Comprensorio Sanitario ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse o verranno revocate.

Data _____

_____
Firma della/del richiedente

☒ **Allegato:**
Foglio informativo ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

La sottoscrizione della/del richiedente ai sensi degli art. 21 e 33 del D.P.R. n. 445/2000 è stata apposta in presenza del responsabile incaricato, addetto al competente ufficio.

L'autenticità della sottoscrizione della/del richiedente, ai sensi degli art. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000, è dimostrata dall'allegata fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Data _____

_____
Firma del responsabile amministrativo incaricato/
della responsabile amministrativa incaricata

Bemerkungen | Annotazioni: .....

Für weitere Informationen | Per ulteriori informazioni

Gesundheitsbezirk Bozen | Comprensorio Sanitario di Bolzano: Tel. 0471 438 776 | E-Mail welfare.bz@sabes.it

Gesundheitsbezirk Brixen | Comprensorio Sanitario di Bressanone: Martina Corso | Tel. 0472 812 123 | E-Mail martina.corso@sabes.it

Gesundheitsbezirk Bruneck | Comprensorio Sanitario di Brunico: Veronika Brunner | Tel. 0474 586 003 | E-Mail veronika.brunner@sabes.it
Doris Grossgasteiger | Tel. 0474 586 009 | E-Mail doris.grossgasteiger@sabes.it

Gesundheitsbezirk Meran | Comprensorio Sanitario di Merano: Claudia Seeber | Tel 0473 263 809 | E-Mail Viva.info.me@sabes.it
Rossinistr. 7, Doblhof - 1. Stock | via Rossini 7, Doblhof - 1° piano

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL | PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL
Südtiroler Sanitätsbetrieb | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

Betriebsdirektion

Direzione Aziendale

ANSUCHEN
um Aufnahme in den Kinderhort bzw. Kleinkindertagestätte

Ich _____

geboren in _____ am _____

wohnhaft in _____

Straße _____

Steuer-Nummer _____

Telefon/Handy Privat _____

Telefon Arbeit _____

E-Mail _____

BEANTRAGE

Die Betreuung meines Kindes/meiner Kinder in der Kindereinrichtung bzw. Kleinkindertagesstätte des Gesundheitsbezirks: _____

_____

Die Betreuung meines Kindes/meiner Kinder:

1. _____ geb. am _____
2. _____ geb. am _____
3. _____ geb. am _____

ab folgendem Datum _____ und mit folgenden Stundenplan:

Montag von _____ bis _____

Dienstag von _____ bis _____

Mittwoch von _____ bis _____

Donnerstag von _____ bis _____

Freitag von _____ bis _____

andere Stundenpläne zu definieren _____

_____

Mein Kind wird/meine Kinder werden voraussichtlich die Kindereinrichtung bis _____ besuchen.

RICHIESTA
per l'ammissione all'Asilo Nido o microstruttura per l'assistenza prima infanzia

Io _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____

via _____

Codice fiscale _____

Telefono/Cell. privato _____

Telefono posto di lavoro _____

email _____

RICHIEDO

L'assistenza per la mia bambino/il mio bambino, i miei bambini presso l'Asilo Nido del Comprensorio Sanitario di:

_____

L'assistenza per la mia bambina/il mio bambino, i miei bambini:

1. _____ nata/o il _____
2. _____ nata/o il _____
3. _____ nata/o il _____

a partire dal giorno _____ e con i seguenti orari:

lunedì dalle ore _____ alle ore _____

martedì dalle ore _____ alle ore _____

mercoledì dalle ore _____ alle ore _____

giovedì dalle ore _____ alle ore _____

venerdì dalle ore _____ alle ore _____

altri orari da definire _____

_____

La mia bambina/il mio bambino frequenterà/i miei bambini frequenteranno il Centro Bambini fino _____ .

Ersatzerklärung im Sinne der Art. 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445/2000

Die/Der Unterfertigte erklärt unter ihrer/seiner Verantwortung

☐ beim Südtiroler Sanitätsbetrieb als _____

_____ in der Abteilung/im Dienst für

_____angestellt zu sein,

mit folgender Arbeitszeit:

☐ 100% (30) ☐ 75-99% (20) ☐ 30-74% (15)

☐ dass beide Eltern arbeitstätig sind (10)

☐ dass beide Elternteile beim Südtiroler Sanitätsbetrieb bedienstet sind (10);

☐ dass die Antragstellerin/der Antragsteller turnusmäßig beim Südtiroler Sanitätsbetrieb arbeitet (10);

☐ Alleinerziehende/Alleinerziehender zu sein (= ledig und nicht mit dem anderen Elternteil zusammenlebend oder Witwe/Witwer oder gerichtlich/geschieden zu sein) (10);

☐ dass ein oder mehrere Geschwister gleichzeitig die die Struktur besuchen (6);

☐ dass mit der Antragstellerin/dem Antragsteller folgende Personen zusammenleben:

Nach- und Vorname Cognome e nome	Geburtsdatum Data di nascita	Geburtsort Luogo di nascita	Verwandtschaftsgrad Grado di parentela	
			Mutter | Madre	
			Vater | Padre	
			Kind | Figlia/Figlio (3)	
			Kind | Figlia/Figlio (3)	
			Kind | Figlia/Figlio (3)	
			Kind | Figlia/Figlio (3)	

☐ dass ein oder beide Elternteile unter einer bleibenden Invalidität/Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% leidet/leiden (6).

☐ dass eine Person in der Familie (Großeltern oder Geschwister des zu betreuenden Kindes) unter einer bleibenden Invalidität/Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% leidet/leiden (6).

PUNKTE INSGESAMT

Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R.nr. 445/2000

La sottoscritta/Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità

☐ di esser dipendente dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

in qualità di _____

nella ripartizione/nel servizio_____ ,

con il seguente orario:

☐ 100% (30) ☐ 75-99% (20) ☐ 30-74% (15

☐ che ambedue i genitori lavorano (10)

☐ che ambedue i genitori lavorano presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (10);

☐ che la sottoscritta/il sottoscritto lavora di turno presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (10);

☐ di esser genitore monoparentale (=nubile/celibe e non convivente o vedova/vedovo o separata/separato o divorziata/divorziato) (10);

☐ che un o più fratelli sono iscritti contemporaneamente nella struttura (6);

☐ che le persone conviventi con la richiedente/il richiedente sono le seguenti:

☐ che un o entrambi i genitori è affetto/sono affetti da un invalidità/inabilità permanente minima del 70% (6).

☐ che uno o più membri del nucleo famigliare (nonni o fratelli della bambina/del bambino assistito) abbiano un invalidità/inabilità permanente minima del 70% (6).

PUNTEGGIO TOTALE

Die Zivilinvalidität muss vom Südtiroler Sanitätsbetrieb bescheinigt oder durch andere anerkannte Bescheinigungen belegt sein.

☐ dass das Kind unter einer physischen und/oder psychischen Belastung leidet.

☐ dass das Kind alle Pflichtimpfungen durchgeführt hat.

☐ dass folgende Allergien und Ernährungskrankheiten bestehen, welche beim Essen zu berücksichtigen sind:

- _____
- _____
- _____

☐ dass das Kind bei folgender Kinderärztin/Vertrauensärztin/folgendem Kinderarzt/Vertrauensarztes eingeschrieben ist:

_____

Tel. _____

☐ dass folgende 2. Bezugsperson im Notfall zur Verfügung steht:

Nach- und Vorname:

_____

wohnhaft in:

Straße _____

Telefon/Mobiltelefon:

_____

Die Unterfertigte/Der Unterfertigte erklärt weiters unter ihrer/seiner Verantwortung:

- Das vom Südtiroler Sanitätsbetrieb erstellte Reglement gelesen zu haben und erklärt sich mit nachfolgender Unterschrift als einverstanden.
- Die Antragstellerin/der Antragsteller ermächtigt den Gesundheitsbezirk, die monatlich zu bezahlenden Beiträge vom Gehalt einzubehalten, bzw. dass die Rechnungslegung direkt durch die konventionierten Kinderbetreuungseinrichtungen an die Eltern erfolgt.
- Dem Gesundheitsbezirk jede Änderung hinsichtlich der Vermögenssituation (Faktor der wirtschaftlichen Lage EEVE) sowie in Bezug auf die Berufstätigkeit (kein aktiver Dienst) unverzüglich zu melden.
- Auf einen Betreungsplatz im Kinderhort zu verzichten, sollte sie/er das Arbeitsverhältnis beenden bzw. in Wartestand oder Mutterschaft gehen.
- Die Unterfertigte/der Unterfertigte räumt dem Südtiroler Sanitätsbetrieb das Recht ein, bei Bedarf weitere Informationen einzuholen.

È necessaria l'attestazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (invalidità civile) o altro riconosciuto.

☐ che la bambina è affetta/il bambino è affetto da problemi fisici e/o psichici.

☐ che la bambina /il bambino ha effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie.

☐ che le seguenti allergie/intolleranze alimentari da tenere in considerazione per la preparazione dei pasti sono:

- _____
- _____
- _____

☐ che la bambina/il bambino è assistito dal/dalla seguente pediatra/medico di fiducia

_____

tel._____

☐ che è disponibile la seguente persona nel caso d'emergenza:

cognome e nome:

_____

residente a:

via _____

telefono/cellulare:

_____

La sottoscritta/Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di aver letto il regolamento redatto dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e di accettarlo con la sua firma.
- Di autorizzare il Comprensorio Sanitario alla ritenuta dallo stipendio dei contributi mensili, oppure che la fattura viene indirizzata ai genitori direttamente dall' asilo nido convenzionato.
- Di comunicare al Comprensorio sanitario senza indugio qualsiasi cambiamento della situazione economica (valore della situazione economica DURP) nonché dell'attività professionale (nessun servizio attivo).
- Di obbligarsi a rinunciare al posto presso l'asilo nido qualora essa/esso non avesse un lavoro rispettivamente in caso di assenza dal posto di lavoro per aspettativa/maternità ecc.
- Di riservare dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige il diritto, in caso di necessità, di richiedere altre informazioni.