

**ANSUCHEN**  
**um Aufnahme in den Kinderhort bzw.**  
**Kleinkindertagesstätte**

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 Gesund-  
heitsbezirks: \_\_\_\_\_

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 bam-  
bini presso l'Asilo Nido del Comprensorio Sanitario di:  
\_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_ nata/a il \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ nata/a il \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ nata/a 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% <sup>(30)</sup>  75-99% <sup>(20)</sup>  30-74% <sup>(15)</sup>

dass beide Eltern arbeitstätig sind <sup>(10)</sup>

dass beide Elternteile beim Südtiroler Sanitätsbetrieb bedienstet sind <sup>(10)</sup>;

dass die Antragstellerin/der Antragsteller turnusmäßig beim Südtiroler Sanitätsbetrieb arbeitet <sup>(10)</sup>;

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

dass ein oder mehrere Geschwister gleichzeitig die die Struktur besuchen <sup>(6)</sup>;

dass mit der Antragstellerin/dem Antragsteller folgende Personen zusammenleben:

**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% <sup>(30)</sup>  75-99% <sup>(20)</sup>  30-74% <sup>(15)</sup>

che ambedue i genitori lavorano <sup>(10)</sup>

che ambedue i genitori lavorano presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige <sup>(10)</sup>;

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

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

che un o più fratelli sono iscritti contemporaneamente nella struttura <sup>(6)</sup>;

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

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 <sup>(3)</sup>
			Kind   Figlia/Figlio <sup>(3)</sup>
			Kind   Figlia/Figlio <sup>(3)</sup>
			Kind   Figlia/Figlio <sup>(3)</sup>

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

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

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

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

PUNKTE INSGESAMT

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/Vertrauensarzt 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/selner 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 EEEV) sowie in Bezug auf die Berufstätigkeit (kein aktiver Dienst) unverzüglich zu melden.
- Auf einen Betreuungsplatz 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.

**Dem Ansuchen werden folgende Dokumente beigelegt:**

- **Einheitliche Einkommens- und Vermögensklärung (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 Sachbearbeiterin

**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 omissi 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: Daniela Lui | Tel. 0471 908 776 | E-Mail daniela.lui@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

Gesundheitsbezirk Meran | Comprensorio Sanitario di Merano: Arnold Tröger | Tel 0473 251 336 | E-Mail arnold.troeger@sabes.it

Südtiroler  
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria  
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Südtirol

**Gesuch um Aufnahme in den Kinderhort  
oder Mikrostruktur für die frühkindliche  
Betreuung**

**Richiesta Ammissione Asilo Nido o  
microstruttura per l'assistenza prima  
infanzia**

**Informationen gemäß Artikel 13 der EU  
Verordnung Nr. 2016/679 (GDPR)**

**Informazioni ai sensi dell'articolo 13 del  
Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr,

Gentile Signora, gentile Signore,

der Südtiroler Sanitätsbetrieb, in seiner Eigenschaft als Verantwortlicher der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (**auf Ital. Titolare**), informiert Sie über die Verarbeitungsmodalitäten der personenbezogenen Daten in Bezug auf die Verwaltung Ihres Gesuches um die Aufnahme in den Kinderhort oder Mikrostruktur für die frühkindliche Betreuung.

l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati personali (**in ted. Verantwortlicher**), La informa sulle modalità con cui sono trattati i dati personali per la gestione della richiesta di ammissione all'asilo nido o alla microstruttura per l'assistenza prima infanzia.

**Verantwortlicher der personenbezogenen Daten** ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb mit Sitz in der Sparkassenstraße Nr. 4 in 39100 Bozen.

**Titolare del trattamento dei dati personali** è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige con sede in Bolzano, via Cassa di Risparmio n. 4.

**Datenschutzbeauftragter**

Der Verantwortliche der Verarbeitung der personenbezogenen Daten hat gemäß Artikel 37 des GDPR den Datenschutzbeauftragten (Data Protection Officer) benannt, welcher gemeinsam mit dem betrieblichen Datenschutz Referenten die Datenschutzsteuerungsgruppe bildet.

**Responsabile della protezione dei dati personali**

Il Titolare del trattamento dei dati personali ha individuato, così come previsto dall'articolo 37 del GDPR il proprio Responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer) che, assieme con il Referente Privacy, costituisce la propria Cabina di Regia Privacy.

**Verarbeitungszwecke**

Die mit dem Gesuch übermittelten personenbezogenen Daten werden vom Sanitätsbetrieb zur Verwaltung Ihrer Anfrage und der damit zusammenhängenden Aktivitäten verarbeitet.

**Finalità del trattamento**

I dati personali e le categorie particolari di dati conferiti con l'istanza saranno trattati dall'Azienda al fine di gestire la Sua richiesta e le connesse attività.

**Rechtsgrundlage**

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten von Seiten des Sanitätsbetrieb ist notwendig um Ihren Gesuch Folge zu leisten, gemäß Art. 6 Absatz 1 Punkt b) des GDPR.

**Base Giuridica**

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Azienda sanitaria è necessario, al fine di dare seguito alla Sua richiesta, ai sensi dell'art. 6 comma 1 punto b) del GDPR.

**Empfänger an welche die personenbezogenen Daten übermittelt werden können**

Die bereitgestellten Daten werden nicht verbreitet, können aber an Rechtsträgern privater oder öffentlich-rechtlicher Natur mitgeteilt werden, soweit dies von den geltenden Bestimmungen vorgesehen ist.

**Destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati**

I dati forniti non saranno diffusi ma potranno essere comunicati ad altri soggetti, di natura pubblica o privata, qualora sia previsto dalla normativa vigente.

**Verarbeitungsmodalität**

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt in elektronischer und/oder manueller Form

**Modalità del trattamento**

Le attività di trattamento dei dati personali, sono effettuate con modalità elettroniche e/o manuali,

durch ausdrücklich dazu ermächtigte Rechtsträger in Beachtung dessen, was von den Art. 28 und 29 des GDPR vorgesehen ist, und unter Anwendung der vom Art. 32 des GDPR vorgesehenen technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen. All dies erfolgt unter Einhaltung der Grundsätze der Notwendigkeit, Rechtmäßigkeit, Korrektheit, Genauigkeit, Verhältnismäßigkeit, Einschlägigkeit und Nicht-Überschüssigkeit.

Die Rangordnung oder das Ergebnis des Gesuches wird den betroffenen Personen übermittelt.

**Aufbewahrungsfrist für die personenbezogenen Daten oder Kriterien zur Bestimmung dieser Frist**

Die verarbeitungsgegenständlichen Daten werden vom Südtiroler Sanitätsbetrieb gemäß Artikel 5 des GDPR für den notwendigen Zeitraum aufbewahrt, welcher für die obengenannten Zwecke erforderlich ist, und zwar für 5 Jahren ab Vertragsabschluss, und anschließend sowohl in analoger als auch in automatisierter Form vernichtet.

**Geltendmachung der Rechte**

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht den geltenden Rechtsvorschriften entsprechend verarbeitet werden, haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einzureichen.

Sie können sich mittels elektronischer Post unter [privacy@sabes.it](mailto:privacy@sabes.it) oder in schriftlicher Form (an die obgenannte Anschrift) direkt an die Datenschutzsteuerungsgruppe (zusammen gesetzt von dem Datenschutzreferenten und dem Data Protection Officer) wenden, indem Sie Ihr Recht auf Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten geltend machen, die Berichtigung oder Ergänzung derselben und in den vom Gesetz festgelegten Fällen die Einschränkung, Löschung oder den Einspruch gegen die Datenverarbeitung verlangen (Artikel 15 und 22 des GDPR).

Der Verantwortliche der Verarbeitung der personenbezogenen Daten, der Südtiroler Sanitätsbetrieb

da parte di soggetti appositamente autorizzati al trattamento in ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 28 e 29 del GDPR e adottando le adeguate misure tecniche ed organizzative previste dall'articolo 32 del GDPR, il tutto rispettando i principi di necessità, liceità, correttezza, esattezza, proporzionalità, pertinenza e non eccedenza.

La graduatoria oppure l'esito della richiesta, sarà comunicata/o ai diretti interessati.

**Periodo di conservazione dei dati personali o criteri utilizzati per determinarlo**

I dati personali oggetto di trattamento sono conservati dall'Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art. 5 del GDPR, per il tempo necessario al perseguimento delle finalità di cui sopra, ovvero per 5 anni dalla conclusione del contratto. Successivamente si provvederà a relativa distruzione sia a livello cartaceo che digitale.

**Esercizio dei diritti**

Qualora ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente può proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Lei può, rivolgendosi direttamente alla Cabina di Regia Privacy, composta il Referente Privacy e dal Data Protection Officer, contattabili all'indirizzo di posta elettronica [privacy@sabes.it](mailto:privacy@sabes.it) o scrivendo all'indirizzo suindicato esercitare il diritto di accedere ai Suoi dati personali, o ottenere la rettifica o integrazione e, nei casi stabiliti dalla legge, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento (ai sensi degli articoli da 15 a 22 del GDPR).

Il Titolare del trattamento dei dati personali, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige