

**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	<input type="checkbox"/>
			Vater   Padre	<input type="checkbox"/>
			Kind   Figlia/Figlio <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>
			Kind   Figlia/Figlio <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>
			Kind   Figlia/Figlio <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>
			Kind   Figlia/Figlio <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

dass ein oder beide Elternteile unter einer bleibenden Invalidität/Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% leidet/leiden <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 un o entrambi i genitori è affetto/sono affetti da un invalidità/inabilità permanente minima del 70% <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/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 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 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: 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