



Modulo per : **RICHIESTA** **CONVALIDA**
della **CARD CONTACT - LESS STUDENTI ANNO SCOLASTICO: 2018 - 2019**

DOCUMENTO DI AUTOCERTIFICAZIONE, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, art.46
(Si prega di compilare in carattere stampatello e comunque in forma perfettamente leggibile)

Sassari, li _____

Il/La Sottoscritta/o nella sua qualità di: Genitore Affidatario Tutore Titolare Altro _____,
Cognome e Nome _____,
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
cap _____ in via _____, n. _____,
Telefono _____ E-mail _____ @ _____,

DATI MINORE

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____
Eventuale domicilio differente della residenza: _____
Indicare il numero della Dichiarazione Sostitutiva Unica INPS-ISEE-2019 _____
Codice Fiscale dello studente _____

DICHIARA

che il minore è / di essere iscritto per l'anno scolastico o accademico 2018 - 2019 presso _____

(indicare Istituto – Dipartimento)

si impegna qualora decada dallo status di studente (mancata iscrizione, rinuncia allo studio, ecc.) a restituire immediatamente la Card Uno ad ATP SpA senza avere diritto al rimborso di eventuali periodi non usufruiti.

CHIEDE

- Rilascio** della Card Contact – Less (tessera) per avere diritto alla seguente tipologia di abbonamento;
 Convalida della Card Contact – Less (tessera) n. _____ in Suo possesso per avere diritto alla seguente tipologia di abbonamento - con sconto del : 80% ISEE<= 25.500,00 60% ISEE> 25.500,00
 Mensile studenti € 21,00 **Mensile studenti Area Vasta € 50,00** **Annuale studenti € 175,00**

(acquistabili dal 1° Settembre al 31 Agosto)

(acquistabili dal 1° Settembre al 31 Agosto)

(valido dal 1° Settembre al 31 Agosto)

Il/la sottoscritto/a DICHIARA, inoltre, di essere a conoscenza delle conseguenze penali derivanti da dichiarazione mendace.

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445/00 la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato/a in presenza del personale addetto ovvero sottoscritta dall'interessato/a unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

- DOCUMENTO D'IDENTITÀ ESIBITO VISTO FIRMARE L'IMPIEGATO ADDETTO

(spazio riservato all'ufficio)

- ALLEGA FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DEL DOCUMENTO (La fotocopia del documento deve essere presentata quando la sottoscrizione del dichiarante non avvenga alla presenza del personale addetto)

Trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679


Ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di tutela dei dati personali, La informiamo che i Suoi dati personali verranno trattati esclusivamente per le finalità necessarie per l'esecuzione del servizio. I Suoi dati verranno trattati con mezzi informatici e/o manuali al solo scopo di rendere il servizio richiesto. Il conferimento dei dati di cui alla presente informativa è obbligatorio per usufruire del servizio. Titolare del trattamento dei Suoi dati è ATP - Azienda Trasporti Pubblici di Sassari che potrà trasmetterli all'Università o all'Istituto scolastico come sopra indicato. In base all'art. 7 Regolamento 2016/679 potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, fermo restando che in tal caso non si potrà più dare luogo all'esecuzione del servizio.

** In relazione al trattamento dei Suoi dati personali, il consenso deve essere espresso per ricevere le informazioni alla clientela attinenti al servizio di trasporto pubblico ed alle attività di ATP, sondaggi, indagini di mercato e/o di soddisfazione del cliente, informazioni su agevolazioni tariffarie per i possessori dei requisiti richiesti.

Autorizzo

Non autorizzo

** Autorizzazione facoltativa
Allega una foto tessera


Firma del Richiedente