



Modulo per : **RICHIESTA** **CONVALIDA**
della **CARD CONTACT – LESS STUDENTI ANNO SCOLASTICO : 2017 – 2018**

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 Sottoscritto/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 _____

Luogo e Data di nascita _____

Eventuale domicilio differente della residenza: _____

DICHIARA

che il minore è / di essere iscritto per l'anno scolastico o accademico 2017 – 2018 presso _____

(indicare l'istituto – Facoltà - Dipartimento)

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

CHIEDE

Rilascio della Card Contact – Less per avere diritto alla seguente tipologia di abbonamento;

Convalida della Card Contact – Less n. _____ in Suo possesso per avere diritto alla seguente tipologia di abbonamento

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)

(validità 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 in presenza del personale addetto ovvero sottoscritta dall'interessato unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

DOCUMENTO D' IDENTITA' 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)

Formula di acquisizione del consenso ai sensi del D. Lgs. 196/2003

Si autorizza il trattamento dei dati al Titolare del Trattamento "ATP Sassari – Via Caniga, 5", acquisiti ai sensi del D. Lgs. 196/2003 per l'emissione della Tessera Studenti e per tutte le finalità utili alla gestione della stessa.

Consenso

Autorizzo

Non autorizzo

Nel caso non si autorizzi il trattamento dei dati per le finalità del punto di cui sopra non si potrà proseguire nell'erogazione del servizio.

Firma del Richiedente

**Si autorizza il trattamento dei dati al Titolare del Trattamento "ATP Sassari – Via Caniga, 5", acquisiti ai sensi del D. Lgs. 196/2003 per l'invio d'informazioni, comunicazioni di eventi e manifestazioni.

Consenso

Autorizzo

Non autorizzo

** Autorizzazione facoltativa

Allega: n. 1 fototessera nuovo rilascio card

Firma del Richiedente