



Azienda Trasporti Pubblici S.p.A.

TESSERA STUDENTI (CARD CONTACT – LESS) ANNO SCOLASTICO 2023 – 2024

Sigla operatore (spazio riservato all'ufficio) _____

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, _____

Il/La sottoscritto/a nella sua qualità di: GENITORE AFFIDATARIO TUTORE ALTRO _____

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

CAP _____ in via _____ n. _____

telefono _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____

DATI MINORE

Cognome e Nome _____ nato/a a _____

il _____ Codice Fiscale _____

Eventuale domicilio/residenza diversa da quella del dichiarante: _____

DICHIARA

che il minore è iscritto, per l'anno scolastico 2023 – 2024, presso l'istituto scolastico _____

presenta per presa visione (con ISEE ≤ € 25.500,00) la certificazione ISEE (scrivere il numero di protocollo INPS-ISEE presente nell'attestazione ISEE in corso di validità _____ scadenza _____)

E CHIEDE

 il Rilascio della TESSERA STUDENTI (Card Contact – Less) - *Allega una fototessera dello studente*

la Convalida della TESSERA STUDENTI (Card Contact – Less) n. _____ in suo possesso (che si presenta per il rinnovo) per avere diritto alla seguente tipologia di abbonamento (con tariffa scontata di cui alla Deliberazione G.R. 27/47 del 10/08/2023 della Regione Sardegna – art.5, comma 33, della L.R. n. 48 del 28/12/2018):

ISEE ≤ € 25.500,00: Mensile studenti € 4,20 Annuale studenti € 35,00ISEE non presentato: Mensile studenti € 8,40 Annuale studenti € 70,00

Il/la sottoscritto/a DICHIARA, inoltre, di essere a conoscenza delle conseguenze penali derivanti da dichiarazione mendace E SI IMPEGNA, qualora decada dallo status di studente (mancata iscrizione, rinuncia allo studio, ecc.), a restituire immediatamente la Card Uno ad ATP S.p.A. senza avere diritto al rimborso di eventuali periodi non usufruiti.

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' rilasciato da _____ il _____ VISTO FIRMARE - L'IMPIEGATO ADDETTO

_____ data di scadenza _____ (spazio riservato all'ufficio)
(tipo e numero)

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

(l'informativa completa ad uso degli utenti è consultabile presso il sito istituzionale di ATP Sassari – S.p.A. al link <https://atpsassari.it/azienda/privacy.html>)

I dati comunicati verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse al perfezionamento dell'acquisto dei servizi di mobilità forniti da ATP Sassari S.p.A., all'esecuzione e adempimento dei contratti di trasporto, nonché per la relativa gestione amministrativa, la rendicontazione, la verifica delle autocertificazioni e gli adempimenti contrattuali e normativi. Il conferimento dei dati è condizione indispensabile per l'ottenimento del servizio. Titolare del Trattamento dei suoi dati è: ATP - Azienda Trasporti Pubblici di Sassari S.p.A. I dati oggi conferiti potranno essere trasmessi - per finalità strettamente connesse ai contratti di trasporto - alla RAS - Regione Autonoma della Sardegna, agli istituti scolastici, all'Università e ai gestori dei Corsi di Formazione Professionale. Il consenso oggi prestato potrà essere revocato ai sensi dell'art. 7 del GDPR 2016/679, fermo restando che in tal caso non si potrà più dare luogo all'esecuzione del servizio.

(Autorizzazione facoltativa) 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 S.p.A., sondaggi, indagini di mercato e/o di soddisfazione del cliente, informazioni su agevolazioni tariffarie per i possessori dei requisiti richiesti.

Autorizzo Non autorizzo

_____ Firma del Richiedente