



## CANDIDATURA A TRANSPORTE ESCOLAR PARA ALUNOS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS

Ano Letivo \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Identificação do Aluno

Nome completo \_\_\_\_\_

Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Documento de Identificação \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Morada completa \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

Nº Telemóvel (Encarregado de Educação) \_\_\_\_\_ Nº Telefone (residência) \_\_\_\_\_

Email (Encarregado de Educação) \_\_\_\_\_

**Tipo de Transporte**  Normal com necessidade de: cadeira de retenção  assento elevatório   
 Adaptado (cadeiras de rodas) Cadeira de rodas elétrica   
Cadeira de rodas não elétrica

### Estabelecimento de Ensino a frequentar

Agrupamento de Escolas \_\_\_\_\_

Nome da Escola \_\_\_\_\_

Ano de Escolaridade \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_

- Escola de Referência no Domínio da Visão  Escola de Referência para a Educação Bilingue  
 Unidade de Ensino Estruturado  Unidade de Apoio Especializado em Multideficiência  
 Outro \_\_\_\_\_

Morada da escola a frequentar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

Email do AE \_\_\_\_\_ /Email da Direção \_\_\_\_\_

Nº Telefone \_\_\_\_\_

Professor Responsável \_\_\_\_\_

Secretaria/Responsável \_\_\_\_\_ Contacto telefónico (direto) \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_



### Horário previsto

indicar o horário pretendido de entrada e saída da escola em relação ao qual é pedido o transporte

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Entrada					
Saída					

Data de submissão à DGEstE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de autorização dos serviços competentes do ME \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Responsável AE/Secretaria

(\*) Deverá ser remetido o *printscreen* da autorização da plataforma REVVASE

### Identificação do Encarregado de Educação/Responsável(is) pelo aluno

Mãe (nome) \_\_\_\_\_ Contacto(s) \_\_\_\_\_

Pai (nome) \_\_\_\_\_ Contacto(s) \_\_\_\_\_

Outros contactos, caso necessário (com indicação da relação de parentesco)

### Problemática do aluno/cuidados a ter

Tipo de Problemática/Deficiência \_\_\_\_\_

Grau de Deficiência \_\_\_\_\_

Observações (cuidados a ter durante o transporte) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:** A prestação de falsas declarações implica a anulação da candidatura ou suspensão imediata do transporte escolar



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (artigo 6º do RGPD) – ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

Nos termos e para os efeitos do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (adiante RGPD), relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, declaramos que os dados pessoais ora facultados serão alvo de tratamento por parte dos serviços da Câmara Municipal da Amadora, até 12 (doze) meses após a conclusão do processo associado à ficha de candidatura ao transporte escolar para alunos com Necessidade de Saúde Especiais sem prejuízo da sua conservação para além desse período para o cumprimento de obrigações municipais e/ou legais, e fornecidos, para a prossecução da referida candidatura, à empresa/entidade transportadora à qual será adjudicada a prestação do serviço, sujeita às obrigações de confidencialidade e de proteção de dados pessoais idênticos às da Câmara Municipal da Amadora.

- Declaro conhecer e aceitar a Política de Privacidade de Dados Pessoais da Câmara Municipal da Amadora e autorizo de forma livre, específica e informada, a recolha e tratamento, por parte da Câmara Municipal da Amadora, para a finalidade identificada no parágrafo anterior, dos meus dados pessoais e os dados do meu educando e/ou os dados do menor que legalmente represento contidos neste documento ou outros que venham a ser posteriormente remetidos para a mesma finalidade e âmbito.

O consentimento ora prestado para o tratamento de dados pessoais poderá ser revogado por si, a todo o momento. Para revogar o consentimento do tratamento dos seus dados pessoais para as finalidades enunciadas, ou para exercer os seus direitos de acesso, retificação, oposição, apagamento, limitação e/ou portabilidade, deverá manifestar a sua vontade, remetendo-a por escrito para o endereço de e-mail: [rgpd@cm-amadora.pt](mailto:rgpd@cm-amadora.pt).

Mais se informa que pode reclamar para a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Encarregado de Educação

**Reservado aos serviços da CMA**

Data de entrada da candidatura \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Documentos remetidos:

- Comprovativo da morada fiscal do agregado familiar/aluno (data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)
- Validação dos serviços do ME (*printscreen* REVVASE) (data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)