GAMSJM
Gabinete de Atendimento ao Munícipe
Município de S. João da Madeira

NIPG:_____

Data: _____ / _____ / _____

Funcionário: _____

Ao Presidente da Câmara Municipal de S. João da Madeira

Assunto: Alteração de Escola/Turma

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____

Morada _____ CP _____ / _____ _____

NIF _____ Tel _____ E-mail _____

Qualidade do Requerente:

☐ Encarregado de Educação ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Outro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome completo _____

NIF _____ Escola: _____ Ano: _____

PRETENSÃO

☐ **Alteração da Escola** ☐ **Alteração da Turma**

Para a Escola _____ do Agrupamento de Escolas _____

Turma _____ Ano _____, por motivo _____

_____

DOCUMENTOS A ANEXAR

☐ **[GR_010]** - Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão

Toma conhecimento:

1.O Município de S. João da Madeira utiliza os dados pessoais constantes neste formulário, para dar resposta aos seus pedidos bem como à instrução do respetivo processo. Os dados pessoais poderão ainda servir para prestar informações sobre assuntos da cidade, fins estatísticos e/ou realização de estudos.
2.O uso da informação é efetuado no cumprimento da legislação aplicável, de forma a ser assegurada a confidencialidade e segurança dos dados pessoais fornecidos. A entidade responsável pela recolha e tratamento de dados pessoais é a Câmara Municipal de S. João da Madeira.
3. Para mais informações sobre as práticas de privacidade, consulte o nosso site em **www.cm-sjm.pt/politica-de-privacidade** ou envie um e-mail para **rgpd@cm-sjm.pt.**

São João da Madeira, _____ de _____ de _____