All'Azienda USL della Valle d'Aosta

RICHIESTA DI RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale_____

Nato/a il _____ a _____ _____

tel/cell. _____ e-mail personale _____

Residente a _____ Prov. _____ _____

Via _____n._____

CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA

CHIEDE

IL RIMBORSO DI EURO (in cifre) specificare l'importo in lettere

per il seguente motivo (da compilarsi obbligatoriamente. ATTENZIONE: in caso di richiesta rimborso per malfunzionamento emettitrice ticket indicare la sede e specificare di quale emettitrice si tratta)

○ a mezzo bonifico bancario/postale intestato al firmatario sul seguente IBAN:

○ tramite ricezione di avviso di pagamento, col quale potrà recarsi presso qualsiasi filiale Unicredit per l'incasso in contanti

A tal fine **ALLEGA** eventuale documentazione a supporto della richiesta (ricevute rilasciate dal totem, parte dell'estratto conto bancario a giustifica dell'avvenuto prelievo con indicazione precisa dell'orario, ecc...)

Data _____ Firma dichiarante _____

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, si informa che l'Azienda USL della Valle d'Aosta, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali forniti dagli interessati e/o raccolti attraverso fonti legittime, nell'ambito della propria attività istituzionale di tutela della salute e nel rispetto dei diritti e delle libertà dell'interessato, nonché per le finalità e con le modalità indicate nelle specifiche informative consultabili sul sito internet dell'Azienda USL sotto la voce "Privacy".

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO Timbro dell'Azienda e firma Responsabile del procedimento

_____, il _____