

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

Prot. n° _____

IL SOTTOSCRITTO

NATO A IL

TEL.....

1) DICHIARA di non voler/poter più usufruire della prestazione prenotata per il giorno.....
presso....., ne chiede il rimborso del ticket
pagato per il seguente motivo.....

2) CHIEDE il **RIMBORSO** del ticket pagato per.....

Allega alla presente domanda:

- IMPEGNATIVA NON UTILIZZATA
- LA RICEVUTA DEL TICKET PAGATO IN ORIGINALE E COPIA
- FOGLIO DI PRENOTAZIONE
- EVENTUALE DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA
- DELEGA

RIETI li _____

FIRMA _____

Riservato all'ufficio

SI AUTORIZZA IL RIMBORSO DI €

Il Funzionario Cup Aziendale

DICHIARO di ricevere la somma di € ... come rimborso del ticket pagato, come sopra
riportato. .

Firma dell'interessato o delegato

N.B. La domanda di rimborso va presentata, debitamente compilata, alla segreteria Cup al 1° piano sede Asl di via delle Ortensie, 28 , il **Martedì** e il **Giovedì 8.30 - 10.00; 15.30- 16.30**.

Trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE, si informa che i dati raccolti mediante la compilazione del presente modulo saranno trattati dalla ASL di Rieti quale titolare del trattamento esclusivamente per l'istruttoria della domanda e la gestione della procedura di rimborso. I diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento citato possono essere esercitati dall'interessato rivolgendosi al titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it.