

## RIMBORSO SPESE TRATTAMENTO ABA

da compilare a cura del richiedente

Azienda USL Toscana nord ovest  
Zona Distretto Pisana  
Via Giuseppe Saragat, 24  
56021 – Pisa (PI)

### OGGETTO: CONSEGNA SCONTRINI ORIGINALI PER RIMBORSO SPESE AI SENSI DELLA D.G.R.T. N. 493/2001 E S.M.I. – TRATTAMENTO ABA

Azienda USL Toscana nord ovest



Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - cap \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per conto:

- Proprio
- Terzi (indicare rapporto di parentela/tutore-amm.re di sostegno) \_\_\_\_\_  
Nome e cognome \_\_\_\_\_

il rimborso della spesa sostenuta per l'acquisto di prodotti/erogazione della prestazione pari a  
€. \_\_\_\_\_ relativo al/ai mese/i di competenza  
\_\_\_\_\_ come da autorizzazione prot. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_ nei limiti della spesa  
massima concedibile sulla base della normativa vigente.

**Dati necessari per bonifico bancario:** (da comunicare in caso di primo rimborso o di variazione successiva)

**CODICE IBAN C/C** \_\_\_\_\_

**C/C intestato/cointestato a:** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Residenza** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

ZONA DISTRETTO PISANA

Via Saragat, 24  
Pisa

Tel. 050/954025  
Tel. 050/954052

christian.stramagliatavanti@  
uslnordovest.toscana.it

**NB : Il presente rimborso comporta l'indeducibilità fiscale della relativa spesa sostenuta**

Allegati:

- n. \_\_\_\_\_ scontrini/ricevute originali.
- n. \_\_\_\_\_ modulo rilasciato dai Punti di Distribuzione.

Data \_\_\_\_\_ Firma richiedente \_\_\_\_\_

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati raccolti con il presente modello saranno trattati dall'Azienda ex USL n° 5 di Pisa nel rispetto dei principi di cui al Legge n° 675/1996 e successive modificazioni anche con l'ausilio di mezzi informatizzati, esclusivamente allo scopo di esaminare la sua richiesta; i dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici per finalità previste dalla legge. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati non è obbligatorio ma in difetto non sarà possibile dare corso al procedimento.

Azienda Usl  
Toscana nord ovest  
*sede legale*  
via Cocchi, 7  
56121 - Pisa  
P.IVA: 02198590503