

RIMBORSO SPESE TRATTAMENTO ABA

Azienda USL Toscana nord ovest

OGGETTO: CONSEGNA FATTURE ORIGINALI PER RIMBORSO SPESE AI SENSI DELLA D.G.R.T. N. DGRT 575/2024 e s.m.i. – TRATTAMENTO ABA

Azienda USL Toscana nord ovest



Il/la sottoscritto/a (Cognome e nome) _____	
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) _____
Cognome e nome _____

il rimborso della spesa sostenuta per l'erogazione delle prestazioni 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 _____

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

Allegati:

- n. _____ fatture/ricevute originali.

Data _____ Firma richiedente _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, che i dati acquisiti con la presente istanza vengono trattati in maniera lecita, corretta e trasparente esclusivamente per le funzioni connesse all'erogazione della misura economica richiesta. Titolare del trattamento è ASL Toscana Nord Ovest con sede legale Via Cocchi, 7/9 - 56121 Pisa (direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it).

La liceità del trattamento si fonda sugli artt. 6 comma 1 lettere b),c),e) e 9 lettera h) del Regolamento UE 2016/679, il conferimento del consenso al trattamento dei dati non è obbligatorio ma in difetto non sarà possibile dare corso al procedimento.

I dati personali saranno trattati dal personale autorizzato anche con supporti informatici e non saranno comunicati a terzi se non per ottemperare ad eventuali richieste degli organi giudiziari e di controllo e non saranno oggetto di diffusione.

I dati saranno conservati per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, in conformità al Massimario di Scarto dei documenti d'archivio, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o di regolamento in ragione della natura del dato o del documento.

Ai soggetti interessati è riconosciuto in ogni momento il diritto di ottenere l'accesso ai dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti e, nei casi stabiliti dalla legge o regolamento, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento, indirizzando apposita istanza al Responsabile della Protezione dei Dati Personali (c.d. RPD o DPO), tramite e-mail: rpdp@uslnordovest.toscana.it. I soggetti interessati possono inoltre proporre reclamo al Garante, Piazza Venezia n. 11- 00187 Roma (Centralino telefonico: (+39) 06.696771, Fax: (+39) 06.69677.3785, Posta elettronica: protocollo@gpdp.it). Si rimanda altresì alle informazioni Aziendali disponibili al seguente indirizzo web <https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>.

Azienda UsI
Toscana Nord
Ovest
sede legale
via Cocchi, 7/9
56121 – Pisa
P.IVA: 02198590503

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: PISTOLESI MAIDA

DATA FIRMA: 24/03/2025 16:39:51

IMPRONTA: 65356638623463656536343938356265326334393736323337316639386434373330663131353364