

Allegato A - Modulo di domanda per rimborso spesa sostenuta per tampone rinofaringeo/test sierologico-COVID 19 - Comune di CINGIA DE' BOTTLI.

**ALL'UNIONE DEI COMUNI
"MUNICIPIA"**

**Piazza Gaboardi n. 1
26045 Motta Baluffi (CR)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il ___/___/_____

Nazionalità _____

residente in _____ prov. _____

via / piazza _____ n. _____ CAP _____

e.mail _____

codice fiscale _____ telefono ___/____ cell _____

CHIEDE

**Il rimborso della spesa sostenuta per effettuare il tampone rinofaringeo/ test sierologico del
seguinte componente familiare: (indicare nome e cognome)**

per l'importo di €._____.

DATI DEL CONTO CORRENE PER L'ACCREDITO:

Accreditamento in c/c bancario o postale n. (12 cifre) _____

Banca _____

Filiale di _____

Cod. ABI _____ Cod. CAB _____ CIN _____ intestato a: _____

Codice IBAN (27 caratteri alfanumerici):

Cingia de' Botti, li _____

firma

ALLEGATI:

- **fotocopia del documento di identità (solo nel caso in cui la firma del richiedente è apposta in modo autografo);**
- **Documenti comprovanti la spesa sostenuta.**

Il trattamento dei dati personali è effettuato nel rispetto delle disposizioni del GDPR (regolamento UE 2016/679) con le limitazioni previste dalla vigente normativa per il periodo di emergenza. I dati trattati saranno utilizzati esclusivamente per l'applicazione delle misure emergenziali e comporta il trasferimento dei dati sui soggetti che contribuiscono alle procedure e operazioni (esercizi commerciali, associazioni ed operatori del terzo settore) anche in relazione a dati inerenti le condizioni economiche e familiari nonché per la gestione finanziaria e contabile dei pagamenti. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il trattamento avviene senza consenso dell'interessato in virtù di specifico obbligo legale e conseguente rapporto contrattuale (prestazione del servizio di assistenza).