



RICHIESTA DI RIMBORSO ACQUISTO FOULARD/PARRUCCA PER MOTIVI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a

Socio Ordinario N. Codice Fiscale

CHIEDE

Il rimborso/l'anticipo delle spese sostenute/da sostenere per l' acquisto di n.1 foulard/parrucca.

CHIEDE

Che il pagamento avvenga con le seguenti modalità :

mediante Bonifico sul conto corrente IBAN

in contante

DICHIARA

Di non percepire per lo stesso titolo somme da altri Enti.

Di essere in attesa di ottenere il rimborso, da parte della Regione Toscana, della spesa sostenuta per l' acquisto di n.1 parrucca fino a un massimo di € 300,00.

Di essere stato informato che i dati personali inseriti nella presente richiesta saranno conservati negli archivi cartacei e informatici dell' Associazione ed utilizzati unicamente per lo svolgimento delle proprie funzioni

Di aver ricevuto l' informativa prevista dall' Art. 13 del D.LGS. n. 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal GDPR 2016/679.

Data Firma.....

Il sottoscritto dichiara di ricevere in data.....dall' Associazione Diversamente Sani Onlus dell' Isola d' Elba l' importo di €a completo pagamento di quanto richiesto a rimborso con il presente modulo,pertanto con l'apposizione della propria firma ne rilascia quietanza.

Data..... Firma.....