All'Azienda ULSS 2 MARCA TREVIGIANA
Distretto di Pieve di Soligo
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Via Lubin, 16
31053 – PIEVE DI SOLIGO

DICHIARAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO PREVISTO IN APPLICAZIONE DI QUANTO DISPOSTO DALL'ART. 4 DELLA LEGGE n. 123/2005 (ex Allegato B al Decreto n. 043 del 19 marzo 2009).

Il sottoscritto Sig./Sig.ra

COGNOME……..……..……..NOME……..……(*****)

Nato il …./…../…… a: …….. Prov. (……)

C.F……

Residente nel Comune di ……..... Prov. (……)

Via/Piazza:……n.……:

telefono……cellulare……

Dichiara ai sensi ed effetti degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000 anche per i reati di falsità in atti e uso di fatto falso, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

1. ☐ di essere affetto da celiachia;
   ☐ di essere genitore/tutore di: Cognome _____nome_____

nato il _____ a _____ Residente a _____

via _____ n. _____;

2. che il codice riportato sull'autorizzazione (D.G.R. 22.02.2000 n. 543 e successive modifiche ed integrazioni), relativa all'anno in corso, rilasciata dall'Az. ULSS n. 7, per l'erogazione gratuita di alimenti senza glutine è il seguente: ……;

3. di avere acquistato nell'anno _____ pasti privi di glutine nella/e seguente/i mensa/e scolastiche, ospedaliere e/o pubbliche di ristorazione collettiva, per un importo almeno pari a euro 95,44 di cui si allegano fotocopie di (barrare la casella corrispondente) (******):

☐ scontrini fiscali
☐ ricevute
☐ attestazioni fiscali

4. che le mense scolastiche, ospedaliere e/o pubbliche (specificare la ragione sociale), utilizzate per l'acquisto di pasti privi di glutine sono le seguenti:

Mensa_____

presso (scuola, ospedale ecc.)_____

5. che conserverà due anni le ricevute ad attestazione del consumo dei pasti privi di glutine.

Chiede che il rimborso sia eseguito mediante:

☐ Pagamento in contanti c/o filiale Tesoriere Ente

☐ Bonifico su c/c Bancario o Bancoposta **(da preferire tale scelta**)

IBAN (Obbligatorio) ☐☐☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Autorizza ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, codesta P.A. al trattamento dei propri dati personali, a cura del personale assegnato ai Servizi dell'Az. ULSS 7 preposto al controllo ed al rimborso della spesa effettuata.

Luogo e data **Firma del dichiarante** (***)

(*) In caso di attestazione relativa ad un minore affetto da celiachia in possesso dell'autorizzazione di cui al punto 2 del presente documento, la dichiarazione va redatta da uno dei genitori o da un tutor esercitante la patria potestà, che attesta e sottoscrive quanto previsto per un maggiorenne
(**) Non si accettano le matrici dei buoni pasto
(***) Allegare fotocopia di un documento di identità