

	Amministrazione destinataria Soris Spa  Ufficio destinatario Rimborsi	
---	---	--

## Richiesta di rimborso

Il sottoscritto		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Recapito telefonico		Posta elettronica ordinaria
<input type="radio"/>	persona fisica	
<input type="radio"/>	persona giuridica	
	Ragione sociale	Partita IVA

in riferimento al documento Soris
Numero

Il pagamento è stato effettuato	
Tipologia canale di pagamento	
<input type="radio"/>	sportelli Soris
<input type="radio"/>	posta
<input type="radio"/>	web
<input type="radio"/>	banca
<input type="radio"/>	Rid/Sepa
<input type="radio"/>	Punto blu
<input type="radio"/>	Lottomatica/Sisal
<input type="radio"/>	Satispay

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

<input type="checkbox"/> <b>che la documentazione è trasmessa da</b> <i>(compilare con i dati del delegato in caso di delega)</i>											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
<b>pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente</b>											
<b>pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto</b>											

## CHIEDE

Testo della richiesta

<b>Elenco degli allegati</b>	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del pagamento effettuato
<input type="checkbox"/>	copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del sottoscritto <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

<b>Informativa sul trattamento dei dati personali</b>	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Torino		
<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>