

All'Ufficio Emolumenti
SEDE

RICHIESTA RIMBORSO PASTO FUORI SEDE

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....
il.....codice fiscale.....residente a.....
Via/P.zza.....dipendente.....

chiede,

il rimborso di n. pasti consumati fuori sede il/i giorno/i.....in
occasione di.....

A tal fine allega alla presente n. scontrini in originale.

N.B. Si ricorda che verrà rimborsato un totale giornaliero di massimo € 10,00.

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", e ss.mm.ii. che tutti i dati conferiti a questa Amministrazione, per le finalità connesse e strumentali al contratto in essere, saranno trattati, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Le informazioni riguardanti il trattamento dei dati sono reperibili al seguente indirizzo: <http://www.sissa.it/privacy>.

LUOGO E DATA

FIRMA

