



ataf&Li-nea

RICHIESTA DI RIMBORSO ABBONAMENTO ANNUALE ataf&li-nea

a seguito dell'atto dirigenziale n. 32 del 4/01/2012
relativo all'interruzione integrazione tariffaria

Il Sottoscritto (nome e cognome) _____

Indirizzo _____ CAP _____

Località _____ Città _____

Telefono _____ email _____

chiede il rimborso per i mesi residuali dell'abbonamento ataf&li-nea in quanto il tragitto
da _____ a _____ non è servito in alcun modo dal servizio ataf&li-nea

Abbonamento ataf&li-nea per il quale si chiede il rimborso:

- annuale ordinario € 310,00
 annuale studente € 185,00
 annuale family € 232,50
 13 mesi studenti € 185,00
 annuale Basic/annuale Basic studenti € 150

Numero titolo _____ Valido dal _____ al _____

intestato a _____

(nome e cognome dell'intestatario)

Da allegare alla presente in originale

Abbonamento extraurbano acquistato da esibire (condizione necessaria per la richiesta di rimborso):

- ACV AMV
 mensile
 trimestrale
 annuale

Tessera n° _____ da _____ a _____

(indicare, se presente sulla tessera l'origine e la destinazione)

Da allegare alla presente richiesta: una fotocopia del titolo extraurbano acquistato e della tessera di riconoscimento ACV o AMV, abbonamento ataf&li-nea per il quale si richiede il rimborso e al quale si rinuncia

Preso atto di quanto esposto nell'informativa ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003 sui trattamenti conseguenti al ricevimento di una segnalazione/reclamo, esprimo il mio consenso per tutti i trattamenti ivi descritti limitatamente alle finalità connesse. In particolare acconsento al trattamento dei dati sensibili da me eventualmente riportati sul presente modello.

FIRMA _____

Da consegnare entro il 31/01/2012

c/o Sala Clienti ATAF Stazione SMN (lato rampa dell'orologio) tutti i giorni 7.30 – 19.30

oppure PUNTO ATAF Via Alamanni lun – sab 7.15 – 19.00

La presente richiesta sarà trasmessa alla Provincia di Firenze. Gli uffici preposti vi contatteranno per comunicarvi l'esito della richiesta.

PARTE DA COMPILARSI DA PARTE DELL'ADDETTO:

in data _____ n° abb. da rimborsare _____ Firma per ricevuta _____

ataf&Li-nea

RICEVUTA CONSEGNA RICHIESTA:

data _____ n° abb. da rimborsare _____ addetto matr. n° _____