

## MODULO RICHIESTA RIMBORSO ABBONAMENTO ANNUALE

COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO

### IL SOTTOSCRITTO

(Per i minorenni la richiesta di rimborso deve essere presentata da chi esercita la patria potestà)

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Ai sensi della Delibera Giunta Regionale Emilia Romagna N. 2217 DEL 20/12/2021 chiede il rimborso parziale dell'abbonamento annuale intestato a:

### DATI ANAGRAFICI INTESTATARIO ABBONAMENTO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ Prov(\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

DICHIARO DI AVERE UN ABBONAMENTO ANNUALE

N. TESSERA \_\_\_\_\_

DATA ACQUISTO ABBONAMENTO \_\_\_\_\_

### Quando richiedere il rimborso?

- Per abbonamenti acquistati dal 1/08/2025 al 31/01/2026, le domande possono essere presentate da oggi fino al 30 aprile 2026
- Per abbonamenti acquistati dal 1/02/2026 al 31/07/2026, le domande possono essere presentate dal 1° maggio 2026 al 31 agosto 2026
- Ritardatari entro il 30/9/2026

### Importo del rimborso

60% dell'importo pagato, oppure 80% per gli utenti che alla data di acquisto dell'abbonamento non abbiano compiuto il 26° anno di età.

IMPORTO ABBONAMENTO \_\_\_\_\_

IMPORTO PAGATO AL NETTO DI CONTRIBUTI \_\_\_\_\_

Indicare l'importo pagato (al netto di contributi o sconti, ad esempio da parte del datore di lavoro o di altri contributi da parte degli enti locali). L'importo pagato al netto dei contributi deve essere pari ad almeno 50 euro; non si darà corso a rimborsi per abbonamenti il cui importo pagato sia inferiore.

Firma intestatario abbonamento (\*)

\_\_\_\_\_  
(\*se minorenne, firma di chi ne esercita la patria potestà)

ALLEGO UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ (dell'intestatario dell'abbonamento) N. \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_

**CHIEDE CHE IL RIMBORSO (\*) PARZIALE DELL'ABBONAMENTO SIA ACCREDITATO SUL CONTO CORRENTE  
INTESTATO A:**

(\*)l'importo del rimborso sarà quantificato da Coop.Trasporti a seguito dei controlli sui propri archivi, relativi al possesso dei requisiti per ottenere l'agevolazione e all'importo realmente pagato

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PRESSO:

BANCA \_\_\_\_\_ FILIALE \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

BIC (obbligatorio in caso di istituto di credito estero) \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

La Cooperativa Trasporti, in qualità di titolare dei suoi dati personali, la informa che i suoi dati saranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di riservatezza dei dati personali. Lei gode di tutti i diritti previsti dalla normativa (diritto di accesso, di rettifica, di cancellazione, di limitazione o di opposizione). Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Titolare o al Responsabile per la Protezione dei dati della Cooperativa Trasporti di Riolo Terme.

Data, \_\_\_\_\_

Firma Beneficiario Rimborso

\_\_\_\_\_