

Spettabile

S.A.V. S.p.A. - Società Autostrade Valdostane

casella di posta elettronica **sav@a5sav.it**

ALLEGATO 2 Richiesta di non addebito dei pedaggi per transiti effettuati con Telepass da parte di Operatori Sanitari impegnati nell'emergenza sanitaria da COVID-19

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

documento di identità tipoN°

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di PR.....
Via n. telefono
- di essere Operatore Sanitario presso la struttura ospedaliera.....
con sede nel Comune di.....Via.....
- di svolgere l'attività lavorativa nei reparti impegnati nell'emergenza sanitaria da COVID-19
- di percorrere la tratta autostradale (e viceversa)
per raggiungere la sede della struttura ospedaliera in cui presta servizio per l'emergenza sanitaria da Covid-19
- di essere titolare di contratto Telepass n° con riferimento all'apparato di
bordo n°....., abbinato alle targhe dei veicoli: 1)..... 2).....

DICHIARA ALTRESI'

- che la presente dichiarazione è veritiera in tutti i suoi punti;
- di essere consapevole di avere reso, come previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, la presente dichiarazione come fatta ad un Pubblico Ufficiale;
- di essere a conoscenza che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci e/o utilizza atti falsi viene punito ai sensi dell'art. 482 e ss del Codice Penale e delle leggi speciali in materia;
- di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della disciplina dettata dal Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e di essere consapevole che S.A.V. S.p.A. potrà utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per le finalità di utilizzo del presente atto;

RICHIEDE

limitatamente al periodo di emergenza sanitaria da Covid-19, che non siano addebitati in fattura Telepass i pedaggi per i transiti effettuati con il telepass n°.....
per il percorso (e viceversa)
effettuato per raggiungere la sede della struttura ospedaliera dove presta servizio.

Luogo e Data **La/Il richiedente (firma)**

Allegati:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità

La Società Concessionaria si riserva di effettuare successivi controlli sulla veridicità di quanto dichiarato.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679

- Ai sensi della normativa vigente in materia privacy (art.13 del Regolamento Europeo 2016/679 – “GDPR”), La informiamo che i dati personali da Lei forniti con la presente Dichiarazione sono raccolti e trattati da S.A.V. S.p.A. in qualità di Titolare autonomo per le finalità strettamente connesse e strumentali all'applicazione dell'agevolazione in Suo favore.

- I dati personali da Lei forniti sono dati comuni e sono trattati nel rispetto delle norme vigenti a mezzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità indicate, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. I Suoi dati personali saranno conservati per il tempo necessario alle finalità per le quali vengono raccolti, nel rispetto del principio di minimizzazione ex art. 5.1.c) GDPR. I Suoi dati saranno trattati esclusivamente da soggetti incaricati del trattamento da ciascun Titolare ed eventualmente comunicati a società terze, all'uopo nominate Responsabili del Trattamento, per l'espletamento delle attività di applicazione dell'agevolazione sopra indicata; i Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

- Lei potrà esercitare i diritti di cui al GDPR con richiesta al Data Protection Officer (DPO) di S.A.V. S.p.A. tramite richiesta attraverso la casella di posta elettronica al seguente indirizzo sav@a5sav.it oppure agli indirizzi indicati sui siti web di ciascuna delle concessionarie autostradali.