Spett.le ……………………… Fax. ……………………………. e\_mail: ……………………….. e p.c. Spett.le **Arpa Piemonte**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto **(\*)** | | | |  | | in qualità di **(\*)** | |  |
| per conto di *(Amministrazione di appartenenza)* **(\*)** | | | | Direzione/Dipartimento/altro **(\*)** | | | |  |
| con sede in **(\*)** | | Prov. **(\*)** | |  | Via | | | N° |
| CAP | Tel. **(\*)** | | Fax |  | | | E-mail **(\*)** |  |

Tale modulo è a cura dell’Ufficio Ordinante premesso che è a conoscenza del fatto che i buoni pasto:

* sono fruibili esclusivamente per le **somministrazioni di alimenti e bevande e le cessioni di prodotti alimentari pronti per il consumo** (in base alla lettera b) dell’art. 2 del Decreto del Mise, n.122 del 7 giugno 2017);
* non sono cedibili, **ne' cumulabili oltre il limite di otto buoni**, ne' commercializzabili o convertibili in denaro e sono utilizzabili solo dal titolare (in base al comma d) dell’art. 4 del Decreto del Mise, n. 122 del 7 giugno 2017),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arpa Piemonte | Modulo di reclamo relativo alle prestazioni erogate dal Fornitore di Buoni pasto | Allegato 3  Capitolato tecnico |

**espone il seguente reclamo:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Tipo di problematica (\*)** | **Ragione sociale, indirizzo dell’esercizio convenzionato**  **e data in cui si è verificato il**  **problema (\*)** | **Descrizione sintetica di quanto accaduto** |
| □ | Non esistenza di uno o più esercizi indicati nell’elenco degli esercizi convenzionati, che il fornitore è tenuto a comunicare all’Amministrazione |  |  |
| □ | Non accettazione del buono pasto nell’esercizio indicato nell’elenco degli esercizi convenzionati messo a disposizione dal fornitore |  |  |
| □ | Non riconoscimento del valore nominale del buono pasto (ad es. richiesta di decurtazioni sul valore nominale del buono pasto) |  |  |
| □ | Impossibilità ad effettuare la transazione elettronica per indisponibilità / malfunzionamento del dispositivo di lettura (POS) |  |  |
| □ | Non presenza di almeno 1 esercizio convenzionato ogni \_\_ soggetti aventi diritto al buono pasto | Riportare il rapporto utilizzatori/numero di esercizi messo a disposizione dal fornitore: | |
| □ | Altro (specificare): |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |