|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Modulo di reclamo | Allegato 3  al Capitolato Tecnico |

*Spett.le***.**

Tel

# e-mail: c.a.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto | | | in qualità di | |
| per conto di ASL Sulcis Iglesiente | | | Servizio | |
| con sede in | | Prov. | Via | N° |
| CAP | Tel. | | E-mail |  |

Tale modulo è a cura dell’Unità Approvvigionante

# 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 a quanto stabilito dall’art. 131, comma 6 del D.lgs. n. 36/2023 e dall’art. 2, co. 1, lett. b) dell’Allegato II.17 - Servizi sostitutivi di mensa),
* non sono cedibili, **né cumulabili oltre il limite di otto buoni**, né commercializzabili o convertibili in denaro e sono utilizzabili solo dal titolare (in base a quanto stabilito dall’art. 131, comma 6 del D.lgs. n. 36/2023 e e dall’art. 4, co. 1, lett. d) dell’Allegato II.17 - Servizi sostitutivi di mensa),

# 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 30 soggetti aventi diritto al buono pasto | Riportare il rapporto utilizzatori/numero di esercizi messo a disposizione dal fornitore: | |
| □ | Altro (specificare): |  |  |

Data: Firma: