

**MODULO PER RICHIESTE L'ACCESSO AL BENEFICIO PREVISTO DA UNA DELLE  
CAMPAGNE "MARZO – NOVEMBRE 2024"**

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, associata/o di VALDARNO MUTUA, presa visione del Regolamento 'Campagne marzo - novembre 2024' ed in conformità con quanto nel Regolamento disposto, **RICHIESTE l'erogazione del sussidio previsto per la campagna "marzo – novembre 2024"**.

*Si chiede di barrare la casella a cui si riferisce il documento di spesa di cui si intende richiedere il sussidio:*

CAMPAGNA AUDIOLOGICA 2024			
	OGGETTO	ENTITA' SUSSIDIO	CUMULABILITA':
	Sussidio per visita audiologica	50 €	I sussidi sono così cumulabili: <u>visita + riparazione</u> OPPURE <u>visita + acquisto</u>
	Sussidi per riparazione apparecchio acustico	50 €	
	Sussidio per acquisto apparecchio acustico	100 €	

CAMPAGNA OCULISTICA 2024			
	OGGETTO	ENTITA' SUSSIDIO	CUMULABILITA':
	Sussidio per prestazione oculistica	50 %	

CAMPAGNA IGIENE DENTALE			
	OGGETTO	ENTITA' SUSSIDIO	CUMULABILITA':
	Sussidio igiene dentale per sé stesso	20%	
	Sussidio igiene dentale per il figlio minore: Nome e Cognome figlio minore: _____	20%	

Il sottoscritto è consapevole che il trattamento dei dati personali comunicati mediante questa richiesta, operato ai fini dell'erogazione del sussidio, è effettuato nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia di trattamento di dati personali, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del Codice della Privacy (D. Lgs. 193/2003), nel perseguimento delle finalità, mediante i mezzi e coerentemente con le informazioni comunicate mediante l'informativa sul trattamento dei dati personali consegnata all'atto dell'iscrizione a VALDARNO MUTUA e successivamente resa disponibile mediante i canali di contatto dell'Associazione.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Luogo, data

FIRMA DELL'ASSOCIATO

\_\_\_\_\_