



**MODULO RICHIESTA ACCESSO AL BENEFICIO PREVISTO DA UNA DELLE CAMPAGNE
"MARZO – NOVEMBRE 2025"**

La/Il sottoscritta/o _____, associata/o di VALDARNO MUTUA ETS, presa visione dei Regolamenti relativi alle "Campagne marzo - novembre 2025" ed in conformità con quanto nei Regolamenti disposto,

RICHIEDE

l'erogazione del sussidio previsto per le Campagne "Marzo – Novembre 2025".

Barrare la casella a cui si riferisce il documento di spesa di cui si intende richiedere il sussidio:

CAMPAGNA VISITA OCULISTICA 2025		
	OGGETTO	ENTITÀ SUSSIDIO
<input type="checkbox"/>	Sussidio per visita oculistica	30% una tantum

CAMPAGNA VISITA ODONTOIATRICA 2025 FIGLI MINORI		
	NOME E COGNOME FIGLIO MINORE	ENTITÀ SUSSIDIO
<input type="checkbox"/>		30€
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

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
