



CAMPAGNA VISITA MEDICO SPORTIVA SOCI E FIGLI MINORI DEI SOCI 2025

Spett.le Valdarno Mutua ETS

Piazza della Libertà 26

52027 San Giovanni Valdarno (Ar)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
_____ prov. _____ il ____/____/____ e residente a
_____ prov. _____ indirizzo
_____ codice fiscale _____,

in qualità di Associato di Valdarno Mutua ETS, presa visione del Regolamento dell'iniziativa Campagna
"Visita medico sportiva soci e figli minori dei soci 2025",

RICHIEDE

Il sussidio di 30 euro cad. per la visita medico sportiva 2025 per:

◆ Uso personale

◆ Figlia/o minore – nome _____

◆ Figlia/o minore – nome _____

◆ Figlia/o minore – nome _____

Allego copia ricevuta/fattura n. _____ del _____

Allego copia ricevuta/fattura n. _____ del _____

Allego copia ricevuta/fattura n. _____ del _____

Allego copia ricevuta/fattura n. _____ del _____

(data)

(firma)