

SORRIDIAMO INSIEME!

RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO

Spett.le
Mutua CAMMINARE INSIEME-ETS
Via Marconi, nr. 27 A/B
52031 - Anghiari (AR)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il ____/____/____ e residente a _____
prov. _____ indirizzo _____ codice fiscale _____, in
qualità di Associato di Camminare Insieme-ETS,

presa visione del Regolamento completo dell'iniziativa *Sorridiamo Insieme!*,

RICHIEDE

l'accesso al beneficio garantito dall'iniziativa SORRIDIAMO INSIEME!

A supporto di quanto dichiarato, si allega documento di spesa recante evidenza della prestazione dentistica effettuata e dell'importo pagato.

Con riferimento alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in considerazione delle disposizioni di cui al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 679/2016 e al Codice della Privacy (D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196), dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di aver precedentemente prestato consenso al trattamento dei miei dati personali

(data)

(firma)