



**MODULO PER RICHIEDERE L'ACCESSO AL BENEFICIO PREVISTO DA UNA DELLE CAMPAGNE  
“GENNAIO - DICEMBRE 2026”**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, associata/o di VALDARNO MUTUA ETS,  
presa visione dei Regolamenti relativi alle “Campagne gennaio - dicembre 2026” ed in conformità con quanto  
nei Regolamenti disposto,

**RICHIEDE**

**I'erogazione del sussidio previsto per le campagne “gennaio - dicembre 2026”.**

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

CAMPAGNA VISITA OCULISTICA 2026		
	OGGETTO	ENTITA' SUSSIDIO
	Sussidio per visita oculistica	30% una tantum

CAMPAGNA VISITA AUDIOLOGICA 2026		
	OGGETTO	ENTITA' SUSSIDIO
	Sussidio per visita audiologica	50,00 € una tantum

CAMPAGNA IGIENE DENTALE 2026			
	OGGETTO	ENTITA' SUSSIDIO	CUMULABILITA':
	Sussidio igiene dentale per sé stesso	30%	150,00 €
	Sussidio igiene dentale per il figlio minore: Nome e Cognome figlio minore: _____	30%	
	Sussidio igiene dentale per il figlio minore: Nome e Cognome figlio minore: _____	30%	

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 perseguitamento 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