



VISITA MEDICO SPORTIVA SOCI E FIGLI MINORI DEI SOCI 2026

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 2026",

RICHIEDE

Il sussidio di 50 euro cad. per la visita medico sportiva 2026 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 _____

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 dati personali miei e del mio figlio minore sul quale esercito la responsabilità genitoriale.

(data)

(firma)