

VISITA DIETISTICA

RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO

Spett.le
_Mutua Valdarno Fiorentino
Via B. Latini, nr. 61
CAP 50066- Località (Reggello)

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

presa visione del Regolamento dell'iniziativa *Visita dietistica*, segnatamente dell'art. 4 – Condizioni di accesso e limiti,
dell'art. 5 – Esclusioni dal beneficio, dell'art. 6 – Decorrenza della campagna e termini di accesso al beneficio,

RICHIEDE

La gratuità della prima visita dietistica con la Dott.ssa Patrizia Torricelli

(data)

(firma)