

### RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO



Spett.le  
MUTUA VALDARNO FIORENTINO ETS  
Via Brunetto Latini, nr. 61  
CAP 50066 – Reggello (FI)

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 della Campagna Regionale \_\_\_\_\_, segnatamente dell'art. 4 – Limiti all'accesso al beneficio, dell'art. 5 – Esclusioni dal beneficio, dell'art. 6 – Decorrenza della campagna e termini di accesso al beneficio,

#### RICHIESTE

L'accesso al beneficio  per sé stesso ..... **garantito dalla campagna regionale**

Dermatologia *oppure*  Oculistica

In merito dichiara la fruizione della seguente prestazione medico-sanitaria:

- Ambito medico-specialistico:

Dermatologia

- Visita Dermatologica
- Mappatura Nei
- Visita Dermatologica + Mappatura Nei

Oculistica

- Visita Oculistica
- Campo Visivo
- Visita Oculistica + Campo Visivo

- Tipologia di prestazione:

- visita specialistica
- esame diagnostico

presso lo studio medico/la struttura sanitaria di seguito indicata:

\_\_\_\_\_

A conferma di quanto dichiarato, si allega il documento di spesa rilasciato.

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, compresi i dati appartenenti a categorie particolari.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)