

RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO



Spett. Le Sieve Mutua ETS
Via Vittorio Veneto, 9
50065 Pontassieve (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 <<Lenti da vista o lenti a contatto>>

RICHIESTE

• **L'accesso al beneficio garantito dalla campagna**

- per sé stesso
- per figlio minore **età pari a**

• **In merito dichiara di aver acquistato**

- LENTI DA VISTA
- LENTI A CONTATTO

• **Presso**

- OTTICA CONVENZIONATA
- OTTICA NON CONVENZIONATA

Si allegano i seguenti documenti di spesa.....

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)