

**CAMPAGNA LENTI DA VISTA, DA SOLE E LENTI A CONTATTO 2024**

**RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO**

Spett.le  
Mutua Valdarno Fiorentino - ETS  
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 Campagna per acquisto "Lenti da vista, lenti da sole o lenti a contatto 2024", 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**

**Il sussidio per l'acquisto di prodotti da vista (lenti a contatto, lenti occhiali, lenti da sole, liquidi ecc.) per:**

- Uso personale  
 Figlia/o minore – nome \_\_\_\_\_

Allego copia ricevuta/fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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

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