

**CAMPAGNA VISITA MEDICO SPORTIVA SOCI E FIGLI MINORI DEI SOCI**  
**2024**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_,  
in qualità di Associato di Mutua Valdarno Fiorentino ETS,

presa visione del Regolamento dell'iniziativa Campagna "Visita medico sportiva soci e figli minori dei soci 2024",  
segnatamente alle "Condizioni di accesso e limiti", "Esclusioni dal beneficio", "Decorrenza della campagna e termini di  
accesso al beneficio",

**RICHIEDE**

**Il sussidio di 40 euro cad. per la visita medico sportiva 2024 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 \_\_\_\_\_

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

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