

TEST COLESTEROLO TRIGLICERIDI GLICEMIA

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

presa visione del Regolamento dell'iniziativa *Test Colesterolo Trigliceridi Glicemia*, disponibile sul
sito Internet www.mutuavaldarnofiorentino.it

RICHIEDE

**L'erogazione del sussidio di importo pari ad € 15,00 garantito dall'iniziativa
TEST COLESTEROLO TRIGLICERIDI GLICEMIA**

In merito, secondo quanto previsto dal Regolamento, a supporto di quanto dichiarato, si allega copia
dello scontrino di spesa del test effettuato in data ____/____/____.

(data)

(firma)