

**SORRIDIAMO INSIEME!**

**RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO**

Spett.le  
Mutua CAMMINARE INSIEME-ETS  
Via Marconi, nr. 27 A/B  
52031 - Anghiari (AR)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, in  
qualità di Associato di Camminare Insieme-ETS,

presa visione del Regolamento completo dell'iniziativa *Sorridiamo Insieme!*

**RICHIEDE**

**l'accesso al beneficio garantito dall'iniziativa SORRIDIAMO INSIEME!**

**-Per sé medesimo**

**-Per il figlio minore** \_\_\_\_\_ le cui generalità sono  
state comunicate all'Associazione

A supporto di quanto dichiarato, si allega documento di spesa recante evidenza della prestazione dentistica effettuata, del beneficiario della prestazione e dell'importo pagato.

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 e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali miei e del mio figlio minore sul quale esercito la responsabilità genitoriale.

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

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