

BISOGNI SPECIFICI FIGLI MINORI 2025

RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO



Spett.le
Fior di Mutua ETS

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ prov. _____ il ____/____/____ e residente a _____
_____ prov. _____ indirizzo _____ codice fiscale _____
_____, in qualità di Associato di Fior di Mutua ETS.

presa visione del Regolamento dell'iniziativa *Campagna settembre-dicembre 2025 disturbi specifici figli minori*, segnatamente dell'art. *Limiti ed Esclusioni dal beneficio*, dell'art. *Decorrenza e termini di accesso* al beneficio,

RICHIEDE

l'accesso al beneficio garantito dall'iniziativa

Dichiara la fruizione da parte del proprio figlio minore _____, le cui generalità sono state comunicate all'Associazione, dei servizi specifici di cui ai documenti di spesa allegati.

A supporto di quanto dichiarato, si allega documento di spesa recante evidenza dell'importo pagato ed eventuali ulteriori documenti necessari.

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, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali dell'associato e dei suoi familiari, avendo al contempo autorizzato il trattamento dei dati personali dei familiari minori di età.

(data)

(firma)