

CAMPAGNA DI PREVENZIONE DERMATOLOGICA



RICHIESTA DI ACCESSO AL BENEFICIO



Spett.le Sieve Mutua
ETS
Via Vittorio Veneto, 9
50065 – Pontassieve (FI)

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 della Campagna di Prevenzione Dermatologica, segnatamente dell'art. 4 – Limiti all'accesso al beneficio, dell'art. 5 – Esclusioni dal beneficio, dell'art. 6 – Decorrenza della campagna e termini di accesso al beneficio,

RICHIEDE

L'accesso al beneficio garantito dalla campagna di prevenzione dermatologica.

In merito dichiara la fruizione della seguente prestazione medico-sanitaria:

Tipologia di prestazione:

- Visita Dermatologica
 Mappatura Nei
 Visita Dermatologica + Mappatura Nei
 Dermatoscopia

presso lo studio medico/la struttura sanitaria di seguito indicata:

A conferma di quanto dichiarato, si allega il documento di spesa rilasciato.

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 dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di aver precedentemente prestato consenso al trattamento dei miei dati personali, compresi i dati appartenenti a categorie particolari.

(data)

(firma)