



ENTE BILATERALE DEL COMMERCIO DI MANTOVA



ENTE BILATERALE DEL TURISMO DI MANTOVA

Rev. 01/08/2025

**Mod. dati identificativi richiedente agevolazioni tariffarie
“Convenzione servizio di assistenza anziani malati/disabili”**

Il/La sottoscritto/a:		
Tel/cell	E.mail	
Cod. fisc.	Nato/a a	
Il	Residente a	
CAP	Via	
Occupato/a presso l'azienda		
Con sede in	Via	
Tel	Fax	Email
Attività dell'azienda		

Chiede

di poter usufruire della scontistica sulle tariffe relativa ai servizi di assistenza agli anziani/malati e disabili della/presso la struttura
per un familiare di 1° grado :

N.B.: Il presente documento verrà inviato direttamente alla struttura scelta subito dopo aver verificato se l'iscritto è in regola con i versamenti dell'Ente Bilaterale del Commercio di Mantova e dell'Ente Bilaterale del Turismo di Mantova.

Data: _____

Firma _____

INFORMAZIONI SULLA PRIVACY

Il sottoscritto **autorizza** il Titolare Ente Bilaterale del Commercio di Mantova e Ente Bilaterale del Turismo di Mantova, al trattamento dei propri dati personali raccolti ed elaborati secondo le finalità indicate nell'Informativa relativa alla propria categoria di appartenenza. Tale Informativa è sempre disponibile su richiesta da parte dell'interessato presso la sede o tramite e-mail all'indirizzo commercio@ebmant.it - turismo@ebmant.it

Data

Timbro e firma

☐ Si respinge la richiesta per la seguente motivazione

.....

☐ Si autorizza l'iscritto a poter usufruire delle agevolazioni convenzionate con la seguente Struttura:

.....

Data: _____

Ente Bilaterale del Commercio di Mantova
Ente Bilaterale del Turismo di Mantova
il Presidente