



**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 Mantovano Commercio Turismo Servizi.

Data: _____

Firma _____

INFORMAZIONI SULLA PRIVACY

Il sottoscritto **autorizza** il Titolare ENTE BILATERALE MANTOVANO, al trattamento dei propri dati personali raccolti ed elaborati secondo le finalità indicate nell'Informativa relativa alla propria categoria di interessati di appartenenza. Tale Informativa è sempre disponibile su richiesta da parte dell'interessato presso la sede o tramite e-mail all'indirizzo info@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 Mantovano
Commercio Turismo Servizi
il Presidente

