

Procura con autorizzazione a partecipare l'app per la salute active365 (Pagamento di punti attivi)

1 Persona minorenni (da 16 anni) (Partecipante active365)

Signora Signore

Cognome Nome Via / N°

NPA/ Località N° persona assicurata Data di nascita

2 Rappresentante legale

Signora Signore Signore e Signora

Cognome Nome Via / N°

NPA/ Località Data di nascita Telefono

Email

Io/noi autorizziamo il minorenne summenzionato a partecipare l'app per la salute active365 (pagamento degli activePoints raccolti secondo le condizioni d'uso) e concedo espressamente il mio/nostro permesso a tale scopo. La dichiarazione di autorizzazione è valida dalla data della firma fino alla revoca per iscritto.

Firma

Luogo Data Firma del/ della rappresentante legale