



**CASSA EDILE DI MUTUALITA' ED ASSISTENZA  
DELLA PROVINCIA DI PORDENONE - C.F.  
8005990934**

Largo San Giorgio 11 - 33170 Pordenone  
Tel. 0434-29480 Fax 0434-523544  
Email: [info@cassaedilepn.it](mailto:info@cassaedilepn.it) PEC: [PN00@infopec.cassaedile.it](mailto:PN00@infopec.cassaedile.it)  
Web: [www.cassaedilepn.it](http://www.cassaedilepn.it)

**Dichiarazione  
di intervento  
dentistico**

**FIGLI**

**DICHIARAZIONE DI INTERVENTO DENTISTICO**

Si dichiara che la prestazione è stata eseguita a .....  
nato a.....il ...../...../..... cod.fisc.....  
figlio/a (od equiparato) di ..... nato a.....il...../...../.....  
Data inizio prestazione...../...../..... Data fine prestazione...../...../.....

<b>ELEMENTI DELLA PRESTAZIONE</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PREZZO</b>
1- ELEMENTI SU PROTESI MOBILE IN RESINA	.....	.....
2- ELEMENTI SU PROTESI MOBILE PER SCHELETRATO		
a) su scheletrato superiore	.....	.....
b) su scheletrato inferiore	.....	.....
3- GANCI – A FILO O A FUSO – SU SCHELETRATO		
a) su scheletrato superiore	.....	.....
b) su scheletrato inferiore	.....	.....
4- SCHELETRATI	.....	.....
5- CORONA METALLICA – O ALTRA LEGA NOBILE RESINA, WIENER, RICHMOND	.....	.....
6- CURE ODONTOIATRICHE – CHIRURGICHE – CONSRVATIVE	.....	.....
7- TERAPIA ORTODONTICA	.....	.....
8- ALTRE PRESTAZIONI :	.....	.....
<b>TOTALE</b>		.....

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Io sottoscritto ..... Attività .....

dichiaro con la presente sotto la mia completa responsabilità, che i valori indicati nella fattura/e n° .....

.....del.....di euro ..... riguardano esclusivamente le

prestazioni da me effettuate a ..... figlio/a (od equiparato)

di ..... nato a.....il...../...../.....

Data...../...../..... in fede.....  
(Timbro e firma del Dentista)