

MEDICO DENTISTA .....

ISCRITTO ALL'ALBO - ORDINE PROFESSIONALE DELLA

PROVINCIA DI ..... AL NUMERO.....

PARTITA IVA ATTIVA DAL .....

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE -AI SENSI DELL'ART. 76 D.P.R. N. 445/2000-  
DI PRESTAZIONE PROFESSIONALE E/O INTERVENTO DENTISTICO  
PER LA CASSA EDILE A.M.I.CA. DI CATANIA**

Prestazione eseguita il \_\_\_\_\_ al Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

ELEMENTI DELLA PRESTAZIONE	Quantità	Prezzo unitario	Prezzo complessivo
1) Elementi su protesi mobile in resina			
2) Elementi su protesi mobile per scheletrato: - su scheletrato superiore - su scheletrato inferiore			
3) Ganci (a filo o a fuso) su scheletrato: - su scheletrato superiore - su scheletrato inferiore			
4) Scheletrati			
5) Corona metallica (o altra lega mobile), resina, wiener, Richmond			
6) Cure odontoiatriche: - chirurgiche - conservative			
7) Terapia ortodontia			
8) Apparecchio ortodontico			
9) _____			

Totale €.

Il sottoscritto, consapevole, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, **dichiara** sotto propria personale responsabilità: 1- che i dati sopra riportati corrispondono all'intervento effettuato; 2- che alla data odierna l'importo totale sopra esposto risulta essere stato interamente pagato dall'interessato, come da fattura; 3- di essere a conoscenza che la Cassa Edile di Catania si riserva di controllare ogni dato ivi riportato per tutelare gli interessi della stessa nelle sedi competenti.

N.B - ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000 **si allega copia fotostatica di valido documento di riconoscimento del professionista**: (carta d'identità; passaporto; patente di guida rilasciata dalla prefettura; altro documento equipollente).

Timbro del professionista recante N° iscrizione albo di appartenenza

Il Medico Dentista (firma per esteso)