

COD. _____

(spazio riservato alla C.E.T.I.M.A.)

Spett. le **C.E.T.I.M.A.**

via Marinella, 27

91100 TRAPANI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ c.a.p. _____

nella via _____ n. _____

tel. (1) _____ tel. (2) _____

CHIEDE

di usufruire della prestazione per le **CURE DENTARIE** così come previsto dall'art. 7 lettera e/f) del Contratto Integrativo Provinciale 21.05.07.

DICHIARA di essere alle dipendenze dell'Impresa

Allega alla presente la seguente documentazione:

- 1) Certificato attestante di essere alle dipendenze d'Impresa iscritta alla Cassa riportante data aggiornata;**
- 2) Ricevuta fiscale (fattura) rilasciata dal medico odontoiatra in copia originale con marca da bollo da € 1,81;**
- 3) Certificazione rilasciata dal medico odontoiatra attestante la prestazioni eseguite (vedi retro).**

Sicuro di un benevole accoglimento della presente richiesta, ringrazia e porge distinti saluti.

DATA

FIRMA

Il sottoscritto dott. _____

CERTIFICA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di avere eseguito al sig. _____

nato il _____ residente in _____

cap _____ via _____ n. _____

le seguenti prestazioni:

1. n. _____ avulsioni di

8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

2. n. _____ sedute di ablazione tartaro;

8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

3. n. _____ sedute per cure gengivite;

8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

4. n. _____ seduta per cura piorrea alveolare;

8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

5. piccoli interventi chirurgici orali;

8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

6. estrazioni dentarie di

8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

7. n. _____ cure ed otturazioni dentali

8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

8. n. _____ devitalizzazione

8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

Altro _____

_____ data

_____ timbro e firma del medico