

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 **PROTESI 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

Spett. le **C.E.T.I.M.A.**
via Marinella, 27
91100 TRAPANI

Il sottoscritto dott. _____

CERTIFICA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di avere eseguito al sig. _____

nato il _____ residente in _____

cap. _____ via _____ n _____

le seguenti prestazioni:

1. PROTESI MOBILE IN RESINA

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. PROTESI MOBILE SCHELETRATA

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. PROTESI FISSA IN LEGA <AUREA O NON AUREA> E RESINA

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. PROTESI FISSA IN LEGA <AUREA O NON AUREA> IN PORCELLANA

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