

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 figlio**

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) Stato di Famiglia in copia originale. No Autocertificazione.**
- 3) Ricevuta fiscale (fattura) rilasciata dal medico odontoiatra in copia originale con marca da bollo da € 1,81;**
- 4) 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