

COD. \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALLA CETIMA

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) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**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.

documentazione da allegare:

**1) CERTIFICATO attestante di essere alle dipendenze di Impresa iscritta alla Cassa Edile riportante regolare data aggiornata, timbro e firma della stessa.**

**2) FATTURA rilasciata dal medico odontoiatra in copia originale con marca da bollo da € 2,00; a tale proposito si ricorda che la stessa deve riportare la medesima data della fattura o antecedente.**

**3) CERTIFICAZIONE rilasciata dal medico odontoiatra attestante la prestazioni eseguite (retro domanda) regolarmente compilata.**

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. 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