

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 **PROTESI 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 (vedi retro) 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. 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