

COD. _____



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** figlio _____

così come previsto dall'art. 7 lettera e/f) del Contratto Integrativo Provinciale del 21.05.07.

documentazione da allegare:

- 1) AUTOCERTIFICAZIONE attestante la composizione del nucleo familiare, con allegato relativa fotocopia del documento d'identità valido (carta d'identità, patente rosa rilasciata dalla prefettura e passaporto);**
- 2) CERTIFICATO attestante di essere alle dipendenze d'Impresa iscritta alla Cassa Edile, riportante regolare data aggiornata, timbro e firma della stessa;**
- 3) 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.**
- 4) 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