



FORMULARIO RICHIESTA SUSSIDIO CURE DENTARIE E ORTODONTICHE

Da inoltrare a: Cancelleria comunale, Strada Bassa 9, 6928 Manno, comune@manno.ch

1. Generalità

Cognome e nome
del padre o del rappresentante legale: _____

Indirizzo completo: _____

Recapito telefonico: _____

Indirizzo e-mail: _____

Cognome e nome dell'allievo/a: _____

Data di nascita: _____

Scuola frequentata e classe: _____

2. Versamento sussidio

Conto sul quale effettuare il versamento del sussidio

Numero Conto IBAN: _____

Banca: _____

Intestato a: _____

3. Trasmissione decisione

Desidero ricevere la decisione: per posta per e-mail

→ Allegati da inoltrare

- notifica di tassazione
- per i dipendenti ultimo salario mensile percepito
- descrizione della cura prevista e del preventivo di spesa allestito dal dentista/ortodonta
- dichiarazione della Cassa Malati in merito alla copertura dei costi della cura

Il sottoscritto è d'accordo con la cura dentaria/ortodontica prescritta al figlio/a secondo la dichiarazione del medico (allegata) e prende a carico la parte di costo che non è assunta dal Comune di Manno. Ha inoltre preso atto delle condizioni stabilite dal Regolamento per il sussidio alle cure e delle istruzioni concernenti la cura dentaria/ortodontica.

Luogo e data:

Firma del genitore o rappresentante legale:

→ Da compilare dal medico

Cognome e nome del dentista/ortodonta: _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico: _____

Tipo di cura dentaria/ortodontica: _____

Durata prevista: _____

Preventivo di spesa (allegare dettaglio): _____

La cura rientra nella casistica sussidiabile secondo l'art. 4 del
Regolamento comunale per le cure dentistiche/ortodontiche? sì no

Le prestazioni possono essere coperte da AI/SUVA? sì no

Se sì, in quale misura? _____

Luogo e data: _____

Firma del medico: _____

Riservato alla Cancelleria Comunale:

Importo totale sussidiabile: _____

% del sussidio: _____

Importo a carico del Comune: _____

Osservazioni: _____
