



FORMULARIO RICHIESTA SUSSIDIO CURE DENTARIE E ORTODONTICHE

Cognome e nome
del padre o del rappresentante legale

Indirizzo completo

Recapito telefonico

Cognome e nome dell'allievo/a

Data di nascita

Scuola frequentata e classe

Conto postale o bancario per il versamento

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 nel Regolamento per il sussidio alle cure e delle istruzioni concernenti la cura dentaria/ortodontica.

Luogo e data Firma del genitore o rappresentante legale

Allegare 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

(lasciare in bianco)

Importo totale sussidiabile fr.

% del sussidio

Importo a carico del Comune fr.

Osservazioni

.....

.....

(da compilare dal medico)

Cognome e nome del dentista/ortodonta

Indirizzo

Recapito telefonico

Tipo di cura dentaria/ortodontica

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Durata prevista

Preventivo di spesa fr.
(allegare dettaglio)

La cura rientra nella casistica sussidiabile secondo l'art. 4 del
Regolamento comunale per le cure dentistiche/ortodontiche?

Le prestazioni possono essere coperte da AI/SUVA?

In quale misura?

Luogo e data

Firma del medico

.....