



**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  
.....