



FORMULARIO PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO PER CURE ORTODONTICHE

Dati personali:

Cognome e nome

Cognome e nome del padre

Cognome e nome della madre

Data di nascita

Indirizzo

Scuola e classe

Telefono

Diagnosi:

Copertura Cassa Malati?

(allegare in ogni caso il certificato di Cassa Malati)

Contributo Cassa Malati?

Trattasi di caso AI?

Piano di cura:

apparecchi previsti

preventivo di massima

Il preventivo di massima può variare in + del 20% a seconda dell'andamento della cura. Qualora fatti imprevisti implicassero un sorpasso maggiore l'ortodontista è tenuto ad allestire un nuovo preventivo

Timbro e firma del medico curante:

Importo a carico dei genitori:

Importo a carico del Comune:

Consenso dei genitori:

Il sottoscritto è d'accordo con la cura ortodontica del figlio/a e prende a carico la relativa percentuale di costo.

SI
NO

Contemporaneamente il sottoscritto ha preso atto delle istruzioni concernenti la cura ortodontistica.

Luogo e data

(firma dei genitori)

(formulario da compilare in 3 copie)