

COMUNE DI BLENIO

Cancelleria Comunale
6718 Olivone
tel.: 091 872 11 39
fax: 091 872 23 50
cancelleria@comuneblenio.ch
www.comuneblenio.ch



Ufficio Tecnico
6718 Olivone
tel.: 091 872 11 17
fax: 091 872 23 40
utc@comuneblenio.ch

FORMULARIO RICHIESTA SUSSIDIO CURE ORTODONTICHE

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

.....

Conto postale o bancario per il versamento

.....

Il sottoscritto è d'accordo con la cura 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 Blenio. Ha inoltre preso atto delle condizioni stabilite nel Regolamento per il sussidio delle cure e delle istruzioni concernenti la cura ortodontica.

Lugo e data

Firma del genitore o rappresentante legale

Allegare: notifica di tassazione
per i dipendenti ultimo salario mensile percepito
descrizione della cura prevista e preventivo di spesa allestito dal
dentista/ortodontista
dichiarazione della cassa malati in merito alla copertura dei costi della cura

(lasciare in bianco)

Importo totale sussidiabile

.....

%del sussidio (come da Regolamento)

.....

Importo a carico del Comune

.....

Osservazioni

.....

da compilare dal medico

Cognome e nome del dentista/ortodontista

.....

Indirizzo

.....

Recapito telefonico

.....

Tipo di cura ortodontica

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Durata prevista

.....

Preventivo di spesa (allegare dettaglio)

.....

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

.....

Le prestazioni possono esser coperte da AI/SUVA?

.....

In quale misura?

.....

Lugo e data

Firma del medico

.....

.....