



RICHIESTA DEL CONTRIBUTO PER LE CURE ORTODONTICHE

Nome richiedente:

Indirizzo richiedente:

Nome figlio/a o rappresentato:

Domiciliato/a a Losone dal:

Data di nascita:

Scuola frequentata e classe:

Cassa malati:

Nome dell'ortodontista che esegue la cura:

Tipo di cura:

Piano della cura, **data di inizio** e
durata: (allegare piano dettagliato)

Preventivo di massima (allegare preventivo
dettagliato secondo
tariffe S.S.O):

Numero conto bancario/postale

IBAN

Chi presenta la richiesta attesta che le spese per le quali si chiede il contributo comunale non sono state supportate da altri Enti assicurativi (cassa malati, ecc.). **Allegare dichiarazione di non assunzione dei costi.**

Il sussidio sarà calcolato sulla base del reddito imponibile di cui alla notifica per il periodo di tassazione più recente o sulla base delle direttive cantonali in materia di assicurazioni sociali (tabelle Lcam. di riconversione del reddito).

Luogo e data,

Firma dei genitori o del
rappresentante legale