



## Modulo di richiesta di partecipazione alle spese per cure ortodontiche (art. 5 RPCO)

---

### Richiedente (art. 5 cpv. 1 RPCO)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo completo \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

### Beneficiario (art. 2 RPCO)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo completo \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

### Richiesta di partecipazione per curare la seguente anomalia grave

*(in via definitiva farà stato il libretto di controllo del medico dentista scolastico)*

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | morso incrociato anteriore (uno o più denti frontali chiudono in modo contrario)  |
| <input type="checkbox"/> | tutti i casi di progenie (il mascellare inferiore è più grande di quello superiore con chiusura contraria dei denti)                              |
| <input type="checkbox"/> | morso forzato provocato da denti permanenti (spostamento laterale della mandibola in chiusura provocato da falsa posizione dei denti permanenti)  |
| <input type="checkbox"/> | grave non occlusione laterale (almeno 3 paia di antagonisti permanenti del medesimo lato)   |
| <input type="checkbox"/> | grave morso aperto (almeno 6 paia di antagonisti in non occlusione)   |
| <input type="checkbox"/> | morso profondo con traumatismo gengivale ed evidente recessione della gengiva   |
| <input type="checkbox"/> | averjet di almeno 7 millimetri (i denti superiori sporgono all'infuori di almeno 7 mm rispetto a quelli inferiori)                                |
| <input type="checkbox"/> | anodonzia parziale anteriore (mancanza di un incisivo o di un canino)   |
| <input type="checkbox"/> | grave affollamento nella fronte superiore (almeno 5 punti di contatto alterati con sovrapposizione dei denti congiunti, causa mancanza di spazio) |
| <input type="checkbox"/> | ritenzione di un incisivo o di un canino (incisivo o canino che non spunta)   |

Si richiede l'accertamento del diritto alla partecipazione comunale alle spese per cure ortodontiche ai sensi dell'art. 5 cpv. 2 dello specifico Regolamento comunale.

### Firme

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

### Disposizioni formali

Formulari illeggibili o senza la relativa documentazione non saranno trattati e saranno rinviati al mittente per completamento.



Comune di Bissone, Piazza Francesco Borromini 8, 6816 Bissone

Servizi Sociali Comunali

Tel. 091 822 80 80 - E-mail. info@bissone.ch - Fax. 091 649 61 36

## Dichiarazione di svincolo dal segreto d'ufficio e/o dal segreto professionale

---

### **Richiedente**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo completo \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

### **Beneficiario (art. 2 RPCO)**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo completo \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Nel caso in cui i richiedenti fossero impossibilitati a fornire tutte le informazioni ed i documenti necessari per l'accertamento del diritto alle prestazioni, essi autorizzano i seguenti terzi a rilasciarle ai Servizi Sociali Comunali del Comune di Bissone, quale Autorità di applicazione del Regolamento comunale sulla partecipazione alle spese per cure ortodontiche del 30 marzo 2015:

- Compagnie d'assicurazione private
- Casse malati
- Istituti bancari, studi fiduciari e legali, inerenti la fattispecie
- Medici ortodontisti o scolastici, limitatamente per accertare il diritto e l'andamento delle cure
- Postfinance
- Aziende elettriche
- Locatori e/o immobiliari, in caso di sospetto di indicazioni inesatte sulla situazione locativa

*Sono riservate le norme di segretezza particolari.*

### **Firme**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_