

Spett.le
F.I.L.A.
Via A. Vannucci 4 - Pistoia

DICHIARAZIONE DEL MEDICO DENTISTA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
DICHIARA CHE IN DATA _____ HA FORNITO AL
SIG. _____ NATO /A IL _____

LE SEGUENTI PRESTAZIONI:

- PROTESI DENTARIE
- CURE

I DENTI INTERESSATI SONO QUELLI INDICATI NEL SEGUENTE SCHEMA:

| | |
|-----------------|-----------------|
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

(Il medico dentista)