

## Modulo di domanda

**Sì, soddisfo i seguenti requisiti che mi danno diritto a ricevere la suindicata prestazione:**

- ✓ **Sono in grado di presentare un certificato di residenza in Svizzera.**
- ✓ **Usufruisco di una riduzione dei premi della cassa malati.**

(Contrassegnare con una crocetta)

### **Inserire i propri dati personali:**

(Si prega di scrivere in stampatello)

Nome

Cognome

Via/numero civico

NPA

Località

Telefono

E-mail

**Apponendo la Sua firma conferma che le informazioni fornite sono completamente corrette e complete. Inoltre, conferma di aver letto e accettato le seguenti informazioni sulla protezione dei dati personali.**

La Fondazione «Bel Sorriso» utilizzerà i Suoi dati personali per l'esame della domanda da Lei presentata e, in caso di conferma della Sua idoneità, li trasmetterà ai partner della rete della Fondazione coinvolti nel Suo trattamento implantare (azienda produttrice dell'impianto dentale e degli elementi protesici, medico dentista, laboratorio odontotecnico). Naturalmente, i Suoi dati saranno inoltrati e trattati unicamente per l'esecuzione del Suo trattamento implantare. Eventuali domande sul trattamento dei dati personali possono essere inviate all'indirizzo [info@fondazione-bel-sorriso.ch](mailto:info@fondazione-bel-sorriso.ch) in qualsiasi momento.

\_\_\_\_\_  
Luogo/data

\_\_\_\_\_  
Firma

**Può inviare la Sua domanda completa al seguente indirizzo:**

**Fondazione «Bel Sorriso», Peter Merian-Weg 12, Casella postale, 4002 Basilea**

**Non dimentichi di inviarci anche il Suo certificato di residenza e l'attestazione della riduzione dei premi della cassa malati. È importante che ci siano forniti questi moduli, in caso contrario non saremo in grado di gestire la Sua domanda.**