**LA PRESENTE DICHIARAZIONE VA COMPILATA E SOTTOSCRITTA DAL SOGGETTO CHE HA
EMESSO LA FATTURA / RICEVUTA FISCALE (MOD. E)**

Il sottoscritto, assumendosi ogni responsabilità sull'esattezza e veridicità di quanto di seguito riportato (artt. 481, 482, 483, 640 c.p.)

DICHIARA

che l'allegata fattura /ricevuta fiscale a saldo n° _____
del _____ di Euro _____
intestata al/alla Sig./Sig.ra _____ relativa a:

cure e protesi dentistiche

protesi ortopediche

protesi oculistiche

protesi acustiche

SI RIFERISCE A CURE E/O PROTESI EFFETTUATE ESCLUSIVAMENTE A FAVORE DI:

Indicare le generalità (**cognome e nome, data e luogo di nascita**) della persona fisica sulla quale sono state eseguite le cure o protesi dentarie o alla quale sono state fornite le protesi oculistiche, ortopediche o acustiche (anche se si tratta di persona diversa da quella cui è stata intestata la fattura).

ed è stata emessa per le seguenti dettagliate prestazioni (se non specificate nella fattura o ricevuta fiscale a saldo) e per gli importi ad esse corrispondenti:

Prestazione

Importo

(data)

(timbro e firma)

La presente dichiarazione va trasmessa alla C.E.I.V. unitamente a:

- **domanda di Prestazioni Mod. A**
- **fattura / ricevuta fiscale a saldo**