

**MOD. E**

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

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 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 del Sig.: (1)

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:

<b>Prestazione</b>	<b>Importo</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (timbro e firma)

(1) 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/ricevuta).

**La presente dichiarazione va trasmessa alla Cassa Edile di Vicenza unitamente a:**

- **Domanda di Prestazioni Mod. A**
- **Fotocopia della fattura / ricevuta fiscale a saldo**