

SOLICITUD DE CONCESIÓN DE AYUDA PARA TRATAMIENTO DE ORTODONCIA POR MALOCCLUSIÓN SEVERA RELACIONADA CON MALFORMACIÓN CRANEOFACIAL

PACIENTE			
CIP		DNI	
Primer apellido	Segundo apellido		Nombre
Domicilio	Código postal y localidad		Provincia
PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA			
Nombre y apellidos		DNI	Relación con paciente
Teléfono		Correo electrónico	
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA PRESENTE SOLICITUD			
▪ Informe de la patología y de las intervenciones quirúrgicas realizadas por Cirugía Maxilofacial. ▪ Estudio y presupuesto del tratamiento de ortodoncia. ▪ Copia de la tarjeta sanitaria, del Servicio Extremeño de Salud, del paciente. * La documentación, incluida la presente solicitud, puede presentarse en cualquier registro de la Junta de Extremadura (presencial o telemáticamente), enviarse por correo certificado o mensajería (dirigida a "Salud Bucodental. Avda. de las Américas, 2 - 06800 Mérida").			
LUGAR Y FECHA		FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE	