



"UN DENTISTA PER AMICO"

**MANLEVA CUMULATIVA PER L'ASSISTENZA DENTISTICA GRATUITA  
DEI MINORI INSERITI IN STRUTTURE PROTETTE - NAZIONALE**

Io sottoscritto..... responsabile della Comunità .....

..... sita a ..... ATS .....

Via ..... Tel .....

mail .....

Dichiaro che:

- ho letto ed accetto il Regolamento di Arkè OdV
- farò in modo che:
  - a) ogni minore riceva almeno 1 visita odontoiatrica all'anno
  - b) che venga sempre accompagnato da un nostro educatore
  - c) ogni dimissione o nuovo ingresso sia tempestivamente comunicato per mezzo della manleva cumulativa
  - d) che tutta l'Equipe educativa sia sempre informata del servizio e delle sue norme
- il nostro Referente per i contatti è .....

Tel ..... mail .....

Confermo che questa struttura è assegnata a (designati e confermati da ARKE) :

dentista 1) .....

dentista 2) .....

che cureranno i seguenti pazienti (indicare TUTTI i minori evidenziandone lo stato) :

cognome e nome ..... data nascita ...../...../..... già resid./nuovo/dimiss.

cognome e nome ..... data nascita ...../...../..... già resid./nuovo/dimiss

cognome e nome ..... data nascita ...../...../..... già resid./nuovo/dimiss

cognome e nome ..... data nascita ...../...../..... già resid./nuovo/dimiss.

cognome e nome ..... data nascita ...../...../..... già resid./nuovo/dimiss

cognome e nome ..... data nascita ...../...../..... già resid./nuovo/dimiss

cognome e nome ..... data nascita ...../...../..... già resid./nuovo/dimiss.

cognome e nome ..... data nascita ...../...../..... già resid./nuovo/dimiss

**Le cure gratuite sono rivolte esclusivamente ai minori ospiti della struttura finché essi vi risiedono.**

**Alle dimissioni del minore, lo stesso NON potrà più ricevere cure gratuite dal dentista di Arkè.**

Si manlevano l'Associazione, l'eventuale Volontario Accompagnatore e il Dentista da qualsiasi responsabilità estranea alla prestazione offerta.

Data.....

Firma.....