ASSOCIAZIONE ARKÈ ODV
"UN DENTISTA PER AMICO"
"CHE UOMO È QUELL'UOMO
CHE NON RENDE IL MONDO MIGLIORE
AVENDO POSSIBILITÀ E CAPACITÀ DI FARLO?"

Corso Angelo Gianelli, 38/4
16043 CHIAVARI (GE)
Tel: 0185 599487
Fax: 0185 376315
Cell: 347 9602102
info@associazionearke.it
www.associazionearke.it
CF: 91038960109
Iscr. al Registro Regionale OdV
SS-GE-171-2007 n° 813
DONA IL TUO 5 X 1000
CF 91038960109

**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 <u>sono rivolte esclusivamente ai minori ospiti della struttura finché essi vi risiedono.</u>**

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

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

Data……  Firma……

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003**