



Un Dentista per Amico
ArKe`Onlus

**MANLEVA PER L'ASSISTENZA DENTISTICA GRATUITA DEI MINORI
APPARTENENTI A FAMIGLIE FRAGILI SEGNALATE DAI DISTRETTI SOCIO SANITARI**

Io sottoscritto (in stampatello)

.....
residente a Via

Tel

Dichiaro di aver letto, accettato e ritirato copia del regolamento di accesso al servizio e

**di RICHIEDERE L'ATTIVAZIONE DELLO STESSO PER IL SEGUENTE MINORE
(elencare di seguito tutti i minori del nucleo familiare):**

Cognome e nome

.....
.....

Data di nascita nazionalità

.....

Cognome e nome

.....

Data di nascita nazionalità

.....

Cognome e nome

.....

Data di nascita nazionalità

.....

Cognome e Nome del genitore che ne ha la tutela :

..... tel.

.....

Cognome e Nome dell'assistente sociale incaricato

.....

Tel e cell dell'a.s..... DSS e ATS di appartenenza

.....

Note relative a cure dentistiche fatte in passato, mezzi usati per il trasferimento auto/bus, malattie, etc

.....

.....

.....

Manlevando l'associazione, l'eventuale volontario accompagnatore e il dentista da qualsiasi responsabilità estranea alla loro prestazione.

Data

Firma

.....

SPAZIO RISERVATO AD ARKE (dentista assegnato)