



Un Dentista per Amico

ArKe'Onlus

**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.....

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