



Un Dentista per Amico
ArKe`Onlus

**AUTORIZACION PARA LA ASISTENCIA ODONTOLOGICA GRATUITA DE MENORES
QUE PERTENECEN A FAMILIAS DE ESCASOS RECURSOS Y
CON DERECHO A SANIDAD SOCIAL**

Yo.....

Residente en.....via.....

tel.....

Recibo la senalizacion del dentista disponible a ejecutar cura gratuita del proyecto
"Un Dentista per Amico" de.....

Declaro de haber leído, aceptado y retirado una copia del reglamento de acceso al servicio.

Me dirigiré en el estudio odontologico del Dott.....

Situado en.....via.....

Con el siguiente menor:.

Nombre y apellido.....

Lugar y fecha de nacimiento.....

Nombre y apellido, telefono del padre que tiene la tutela:

.....

Nombre y apellido, telefono del Asistente social a cargo:

.....

Nota.....

.....

Quitando la responsabilidad a la Asociacion, al eventual voluntario acompanador y al Dentista de cualquier
responsabilidad.

Fecha.....

Firma.....