Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. "K. Wojtyla-Pontefice"
Santa Flavia

CONSENSO INFORMATO SCREENING ODONTOIATRICO GRATUITO

I sottoscritti_____ e _____,
genitori/tutore dell'alunno/a _____ classe _____plesso_____
resi edotti dell'importanza della diagnosi precoce di eventuali patologie dentali (definite scientificamente carie dentali, malocclussioni) e consapevoli comunque che trattasi pur sempre di una indagine di screening e diagnosi precoce

ACCONSENTONO

a che il proprio figlio/a sia sottoposto allo screening dentistico gratuito organizzato dell'associazione "La città che vorrei" di Santa Flavia e svolto da medici qualificati Il giorno 10 marzo presso l'I.C.S. "KAROL WOITJLA- PONTEFICE" di Santa Flavia.

_____ _____ e _____
(data) (firme)

N.B. Qualora firmi uno solo dei genitori si prega di compilare anche la parte sottostante

"La/Il sottoscritta/o, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

_____ _____
(data) (firma)

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. "K. Wojtyla-Pontefice"
Santa Flavia

CONSENSO INFORMATO SCREENING ODONTOIATRICO GRATUITO

I sottoscritti_____ e _____,
genitori/tutore dell'alunno/a _____ classe _____plesso_____
resi edotti dell'importanza della diagnosi precoce di eventuali patologie dentali (definite scientificamente carie dentali, malocclussioni) e consapevoli comunque che trattasi pur sempre di una indagine di screening e diagnosi precoce

ACCONSENTONO

a che il proprio figlio/a sia sottoposto allo screening dentistico gratuito organizzato dell'associazione "La città che vorrei" di Santa Flavia e svolto da medici qualificati Il giorno 10 marzo presso l'I.C.S. "KAROL WOITJLA- PONTEFICE" di Santa Flavia.

_____ _____ e _____
(data) (firme)

N.B. Qualora firmi uno solo dei genitori si prega di compilare anche la parte sottostante

"La/Il sottoscritta/o, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

_____ _____
(data) (firma)

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. "K. Wojtyla-Pontefice"
Santa Flavia

CONSENSO INFORMATO SCREENING ODONTOIATRICO GRATUITO

I sottoscritti_____ e _____,
genitori/tutore dell'alunno/a _____ classe _____plesso_____
resi edotti dell'importanza della diagnosi precoce di eventuali patologie dentali (definite scientificamente carie dentali, malocclussioni) e consapevoli comunque che trattasi pur sempre di una indagine di screening e diagnosi precoce

ACCONSENTONO

a che il proprio figlio/a sia sottoposto allo screening dentistico gratuito organizzato dell'associazione "La città che vorrei" di Santa Flavia e svolto da medici qualificati Il giorno 10 marzo presso l'I.C.S. "KAROL WOITJLA- PONTEFICE" di Santa Flavia.

_____ _____ e _____
(data) (firme)

N.B. Qualora firmi uno solo dei genitori si prega di compilare anche la parte sottostante

"La/Il sottoscritta/o, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

_____ _____
(data) (firma)