

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
VISITA MEDICA SCOLASTICA E TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

(Art.LI 76,79,81 del decreto Legislativo 30/06/2003, n 196)

I genitori dell'alunno/a _____ della classe _____
della Scuola _____

che sottoscrivono il presente foglio, in accordo **con il Dirigente Scolastico**, esprimono il proprio **consenso alla visita Medica Specialistica Odontoiatrica a titolo puramente gratuito**, e al trattamento dei dati personali e sensibili dei rispettivi figli.

La visita medica gratuita Specialistica Ortodontica Pediatrica che sarà effettuata dalla **Dott.ssa Elisa Agrò**, segue **le linee guida del Ministero della Salute** e prevede , **in intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione ed il Ministero della Salute**, *un percorso di Prevenzione e di Educazione della salute del cavo orale* in sede scolastica.

Il **Progetto di prevenzione** della salute orale, che inizierà a partire dal mese di Novembre, **consiste in uno screening odontoiatrico effettuato durante l'orario delle lezioni, presso la sede scolastica** per intercettare la carie e le problematiche di crescita scheletrica ,dentale e funzionale.

Dopo la visita verrà consegnato agli alunni un foglio illustrativo ed informativo sulle problematiche riscontrate e sullo stato di salute con consigli utili per una corretta igiene e salute del cavo orale.



Per eventuali chiarimenti o delucidazioni in merito si può contattare la **Dott.ssa Elisa Agrò** al seguente numero **328 9669072** o scrivere alla seguente email agroelisa@gmail.com

Data _____

Firma Del Genitore
