

CONSENSO INFORMATO SCREENING ODONTOIATRICO

I sottoscritti _____ e _____,
genitori\tutore dell'alunno\la _____
resi edotti dell'importanza di prevenire in tempo utile eventuali patologie dentali

ACCONSENTONO

che il proprio figlio/a sia sottoposto allo screening e diagnosi precoce per eventuali patologie dentali, definite scientificamente carie dentali, malocclusione , che verrà effettuato presso L'I.C.S. "KAROL WOITJLA- PONTEFICE" di Santa Flavia , proposto dell'associazione "LA CITTA' CHE VORREI" , consapevoli comunque che trattasi pur sempre di una indagine di screening e diagnosi precoce.

ACCONSENTONO, inoltre, a che i dati ottenuti vengano utilizzati a scopo statistico, in forma anonima.

(data)

(firma)

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)