

Distretto sociosanitario della Carnia

Direttore dott.ssa Silvia MENTIL
e.mail: silvia.mentil@asufc.sanita.fvg.it
PEC: asufc@certsanita.fvg.it



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Attività di prevenzione, promozione e educazione alla salute orale in età evolutiva"

CONSENSO INFORMATO

Ai genitori dell'alunno/a frequentante la classe 1° Scuola Primaria _____,

Si informa che in data **lunedì 15 dicembre** il Distretto Sociosanitario della Carnia ha programmato un intervento di prevenzione secondaria della salute orale nella popolazione scolastica di 6 anni.

Tale attività di *screening* odontoiatrico viene effettuata a scuola, da un dentista in collaborazione con personale del Distretto: permette di valutare le condizioni di salute della bocca del vostro bambino e della comunità scolastica più in generale monitorando e promuovendo attività di educazione e prevenzione specifica, nonché laddove necessario di cura dentale. Si tratta inoltre di una forma di apprendimento rivolta al bambino, che reso consapevole, partecipa ad un progetto di vita e di cura di sé.

La compilazione e l'accettazione del modulo sotto riportato consente l'adesione al programma: l'invito ad aderire allo *screening* è esteso a tutti, anche ai bambini che hanno già eseguito una prima visita odontoiatrica in privato.

Al termine della visita dentistica sarà rilasciato un referto da sottoporre al Pediatra di Libera Scelta o al Medico di Medicina Generale e/o al dentista di fiducia del bambino.

Ringraziamo per la vostra collaborazione e porgiamo cordiali saluti.

Il Direttore di Distretto
dott.ssa Silvia MENTIL

La parte sottostante deve essere compilata, in modo leggibile, in ogni sua sezione, ritagliata e restituita all'insegnante che la consegnerà all'infermiere il giorno dello *screening* odontoiatrico programmato.

Il sottoscritto genitore/tutore _____ dell'alunno _____

nato il _____ a _____ residente a _____ in via _____

nome del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale _____

ACCETTA la visita specialistica

NON ACCETTA

Data e firma leggibili del genitore o tutore - _____