

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

### Δωρεάν Προληπτικού Οδοντιατρικού Ελέγχου

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... με την ιδιότητα του ασκούντος τη γονική μέριμνα /αποκλειστική επιμέλεια, δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκριση μου να εξεταστεί δωρεάν ο/η..... μαθητή/τριας της ..... τάξης του ..... Σχολείου ....., από Εθελοντή Οδοντίατρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής.

Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος θα πραγματοποιηθεί στην Κινητή Μονάδα Προληπτικής Οδοντιατρικής και Ιατρικής για τα παιδιά του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού» με την έγκριση και σε συνεργασία του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής, υπό την αιγίδα και σε συνεργασία του Δήμου Μαραθώνα.

«Το Χαμόγελο του Παιδιού», έχει υπογράψει Μνημόνια Συνεργασίας με το Υπουργείο Υγείας και με το Υπουργείο Παιδείας Έρευνας και Θρησκευμάτων, με σκοπό την αποτελεσματική συνεργασία για την υλοποίηση δράσεων σε παιδιά.

Η δράση προληπτικής ιατρικής/οδοντιατρικής «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» πραγματοποιείται με απόλυτη τήρηση όλων των μέτρων ασφάλειας κατά της covid19.

Το Δελτίο Εξέτασης δίνεται σε κάθε εξεταζόμενο. Τα προσωπικά δεδομένα που αναγράφονται τηρούνται από «Το Χαμόγελο του Παιδιού» για δύο έτη.

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους οδοντιάτρους, επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

....., ...../...../.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Τηλέφωνο Επικοινωνίας Ασκούντος τη Γονική Μέριμνα:.....



ΦΡΟΝΤΙΔΑ.  
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ.  
ΙΣΟΤΗΤΑ.



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ  
Ζήνωνος Ελεάτου 10  
151 23 Μαραύσι Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)  
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr  
🌐 www.hamogelo.gr