



Cari Genitori, lo studio odontoiatrico

DMA Dental sito in Gricignano di Aversa, attiverà nelle prossime settimane il PROGETTO DI PROMOZIONE E PREVENZIONE DELLA SALUTE ORALE NELLA SCUOLA che ha come obiettivo lo screening e la prevenzione delle patologie odontoiatriche in favore dei bambini della scuola primaria pubblica della città di Gricignano.

A tutti i bambini, previa autorizzazione dei genitori, verrà offerta una visita odontoiatrica direttamente presso la propria sede scolastica, per valutare lo stato della loro salute orale (grado di igiene orale, presenza di carie, abitudini viziate, malocclusioni dentarie) in modo da permettere un intervento preventivo e una diagnosi precoce di eventuali patologie già presenti.

La visita, che si terrà il giorno 19/05/2023 verrà effettuata dai dottori dello studio dentistico DMA Dental, con mezzi non invasivi ed indolore e materiali di comprovata efficacia e sicurezza. Nel predisporre tutta la strumentazione ed i materiali necessari, saranno utilizzate standardizzate procedure di controllo delle infezioni con il ricorso a materiali e strumenti monouso e/o adeguatamente sterilizzati.

Al termine delle visite verranno rilasciati dei referti clinici con la diagnosi e l'eventuale piano terapeutico consigliato, insieme ad un foglio illustrativo con la descrizione e le modalità d'accesso, allo studio dentistico. Tutti i dati raccolti nel corso dello svolgimento delle attività previste dal progetto, saranno tutelati nel rispetto della normativa sulla Privacy.

Nello spirito del progetto Nazionale di prevenzione in materia di promozione della salute orale nelle scuole, compreso nel protocollo d'intesa tra Ministero della Salute e Ministero della Pubblica Istruzione siglato nel 2007 (www.scuolasalute.it), verrà anche previsto un momento di **FORMAZIONE** sui temi della salute orale e di educazione pratica ad una corretta igiene orale in cui sarebbe auspicabile la vostra presenza come determinante fattore di indirizzo e supporto motivazionale per i vostri bambini. Nel corso di questi incontri verranno altresì chiariti il corretto utilizzo dei mezzi di igiene orale domiciliare (spazzolino, dentifricio etc.) ed il ruolo del dentista e dell'igienista dentale nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie orali.

Per poter inserire il/la vostro/a bambino/a in questo programma, e al fine di poterVi contattare per eventuali comunicazioni, accertamenti, monitoraggi e/o cure, è necessario che riconsegniate compilato in ogni sua parte il modulo di consenso posto sull'altra faccia di questa comunicazione.

Ritenendo di ottenere la vostra approvazione all'iniziativa di prevenzione, si porgono distinti saluti.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Loredana Russo
Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa.

**Modulo di adesione e consenso Informato al PROGETTO di
PROMOZIONE E PREVENZIONE DELLA SALUTE ORALE NELLA SCUOLA
promosso dallo Studio Odontoiatrico DMA Dental**

Preso atto delle informative ricevute sulle attività previste dal Progetto consegnate dalla Direzione scolastica a nostro/a figlio/a _____ nato/a a _____ il _____

1) Concediamo la nostra autorizzazione a sottoporre quest'ultimo alla prevista visita odontoiatrica e ad ogni azione necessaria al perseguimento degli obiettivi diagnostici ed educativi del Progetto

|SI| |NO| (barrare la voce scelta)

Secondo quanto previsto dalla legge 193/03, autorizziamo al trattamento dei dati sensibili che verranno raccolti per i fini esclusivamente connessi con la conduzione del progetto stesso e per successive ricerche scientifico statistiche

Madre _____ Padre _____ Tutore _____

2) Concediamo la nostra autorizzazione a titolo gratuito, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, l'utilizzo delle foto, video e audio ripresi dagli operatori o persone incaricate dal Titolare del trattamento, alla comunicazione, pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma sul sito Internet istituzionale, su qualsiasi altro sito web collegato alle iniziative sopra riportate e su qualsiasi altro mezzo di diffusione (canali social), nonché autorizza la conservazione delle foto, video e audio negli archivi informatici del Titolare e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo, eventualmente promozionale e per uso istituzionale.

|SI| |NO| (barrare la voce scelta)

Madre _____ Padre _____ Tutore _____

Con l'occasione comuniciamo i seguenti dati per rendere più completa la valutazione del livello di rischio di carie di mio/a figlio/a

Abitudini alimentari Mai Sett Giornata

Visite odontoiatriche

Pane-pasta-riso			
Verdura-frutta			
Carne-pesce			
Latte-latticini			
Bibite gassate-Succhi			
Torte-biscotti-merendine			
Caramelle-cioccolatini			
Bibite dolci prima di dormire			

mai	saltuarie	periodiche

Motivo delle visite odontoiatriche

controllo	carie	dolore	altro

Igiene domiciliare

saltuaria	1 volta al giorno	2/3 volte al giorno	dopo ogni spuntino

Assunzione del fluoro In passato e/o in atto sotto forma di

compresse/gocce	dentifrici	collutori	nessuna