SERVIZIO MEDICO-DENTARIO PER BAMBINI E ADOLESCENTI BASILEA-CAMPAGNA

Cari genitori

Aderendo al Servizio medico-dentario i dentisti e i responsabili comunali e cantonali offrono ai Vostri figli le seguenti prestazioni:

- **Controllo regolare** dei denti fino al raggiungimento della maggiore età.
- **Profilassi** della carie e delle affezioni delle gengive.
- **Trattamento** della carie e correzione della posizione dei denti.
- **Tariffe ridotte** per tutte le cure necessarie.
- **Contributi sociali** a norma delle disposizioni di legge.

Nell'ambito del Servizio medico-dentario non dovete rinunciare ai trattamenti di lusso o alle cure da Voi auspicate. Simili interventi non sono però sussidiati e le fatture del dentista andranno direttamente a Vostro carico. Vige la tariffa dell'assicurazione sociale.

Per qualsiasi trattamento è garantita **la libertà di scelta del dentista in tutta l'area del Canton Basilea-Campagna**.

Vi preghiamo di compilare la presente dichiarazione d'adesione e di consegnarla alla maestra d'asilo ovvero al docente di classe di Vostro/a figli/a.

Il responsabile del Servizio medico-dentario

✂ _____

DICHIARAZIONE D'ADESIONE

Il/La sottoscritto/a annuncia suo/a figlio/a al Servizio medico-dentario per bambini e adolescenti:

☐ **sì** ☐ **no**

In caso affermativo, trattamento presso .....

☐ Figlio ☐ Figlia

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... Asilo/elementari: .....

Nazionalità: ..... Per gli stranieri, permesso ☐ **B** ☐ **C** ☐ **F** ☐ **N**

Cognome e nome dei genitori e cognome da nubile della madre: .....

.....

Strada / nr: .....

NAP / luogo: ..... Tel.: .....

Data: ..... Firma: .....

Vogliate trasmettere la presente dichiarazione al maestro/alla maestra oppure direttamente al Servizio medico-dentario del Vostro Comune.