

## **SERVIZIO MEDICO-DENTARIO PER BAMBINI E ADOLESCENTI BASILEA-CAMPAGNIA**

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 del 18. Compleanno.
- **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 UV/MV/IV.

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

Tagliare qui -----

### **DICHIARAZIONE D'ADESIONE**

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

**Si**

**No**

In caso affermativo, trattamento presso .....

Hai completato un'assicurazione dentale per tuo figlio?  **Si**  **No**

Cognome del bambino: ..... Nome: .....

**Figlia**

**Figlio**

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

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

\* F per i rifugiati (allegare un documento di identità)

Cognome e nome dei genitori e nome celibe 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.**