



## **PREVENZIONE E CURE DENTALI PER I BAMBINI**

Per la Piccola Fraternità è importante aiutare i genitori a prendersi cura della salute dentale dei propri figli.

Per questo, nel 2024, lanciamo il progetto “**Prevenzione e cure dentali per i bambini**” che riguarderà in particolare due fasce di età:

- **Bambini di 6 anni**, un momento importante in cui cadono i denti “da latte” e spuntano i denti definitivi. Le cure riguarderanno una prima visita, una panoramica, eventuali otturazioni, consigli per l’igiene
- **Bambini di 10 anni**, perché a questa età crescono tanto e deve essere controllata anche la forma del palato, magari con l’utilizzo di apparecchi

Lo **Studio della Dott.ssa Simona Milani**, in Via Madonnina 18, si è reso disponibile ad aiutarci in questo progetto.

**I costi delle cure saranno in tutto o in parte a carico della Piccola Fraternità**, secondo le condizioni economiche della famiglia che chiederà di utilizzare questo progetto.

Quello che è importante sapere è che la famiglia dovrà compilare il modulo allegato e mandarlo alla Piccola Fraternità che valuterà la richiesta e se accettabile, farà avere alla famiglia **un voucher** da utilizzare quando la famiglia chiederà allo studio Milani il primo appuntamento.

*Se la famiglia non rispetterà gli appuntamenti fissati o non rispetterà il progetto, il sostegno della Piccola Fraternità si interromperà.*



**RICHIESTA DI ADESIONE AL PROGETTO  
“PREVENZIONE E CURE DENTALI PER I BAMBINI 2024”**

Io sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_

Io sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_

in qualità di genitori

di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

chiediamo

che nostro figlio/figlia possa usufruire del progetto  
“Prevenzione e cure dentali per i bambini”.

Se la nostra richiesta sarà accettata ci impegniamo a:

- far avere alla Piccola Fraternità il preventivo che ci sarà fornito dallo Studio Milani
- concordare con la Piccola Fraternità i costi eventualmente a nostro carico
- rispettare gli appuntamenti fissati e mantenere un comportamento corretto con i professionisti dello Studio Milani
- pagare con puntualità le spese delle cure dentistiche qualora fosse richiesto

Data \_\_\_\_\_

Firma (madre) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma (padre) \_\_\_\_\_