



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il LAZIO

Istituto Comprensivo "Octavia"



Via Mazzatinti, 15 - 00135 - Roma - (RM) - tel. 06 30810141 / fax 06 30829672 rmic8gs00t@pec.istruzione.it - www.icoctavia.gov.it

Roma, 28 gennaio 2019

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI
AI DOCENTI
DELLE CLASSI SECONDE
SCUOLA PRIMARIA
AL SITO

CIRCOLARE N. 124

OGGETTO: CAMPAGNA DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Si comunica che la Regione Lazio ha indetto una Campagna di Prevenzione Odontoiatrica che interesserà **le seconde classi di scuola Primaria** delle scuole della nostra regione.

La visita di prevenzione, a carattere totalmente gratuito, si terrà secondo il seguente calendario:

PLESSI BERTOLOTTI E BESSO: 25 FEBBRAIO 2019
PLESSO MONTE ARSICCIO: 28 FEBBRAIO 2019

Per poter inserire il bambino all'interno del programma, è necessario l'**assenso firmato** dei genitori sull'apposito modulo; inoltre sarebbe estremamente utile conoscere alcune informazioni sulla salute del bambino. I moduli saranno consegnati agli alunni dalle insegnanti e dovranno essere riconsegnati compilati ai docenti prima della giornata della visita.

Si allegano i moduli che saranno consegnati agli alunni.



La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Maria Adele De Caro
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39

SCUOLA.....

CAMPAGNA DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Alla famiglia dell'alunno.....

Cari genitori,

la Regione Lazio ha indetto una Campagna di Prevenzione Odontoiatrica che interesserà **le seconde elementari** delle scuole della nostra regione.

A tutti i bambini viene offerta una **Lezione d'Igiene e Prevenzione orale** ed una **Visita Odontoiatrica** per valutare la presenza di carie o di malocclusioni dentarie, in modo da poter **intervenire per tempo** alla correzione di eventuali problemi o all'applicazione di utili presidi preventivi.

La visita verrà effettuata con mezzi non invasivi per il bambino: abbassalingua, specchietto e specillo monouso; inoltre saranno utilizzate adeguate procedure di controllo delle infezioni utilizzando materiale sterile e guanti protettivi.

La visita di prevenzione che si terrà il giorno..... è a carattere totalmente gratuito.

Ai bambini visitati verrà poi consegnato l'esito della visita con le indicazioni riguardanti le eventuali problematiche dentali riscontrate e la possibilità di accedere a percorsi terapeutici nelle strutture della ASL ROMA I.

Per poter inserire il bambino all'interno del programma, nel giorno che verrà comunicato dalla scuola, è necessario il **vostro assenso firmato** sull'apposito modulo; inoltre sarebbe estremamente utile conoscere alcune informazioni sulla salute del bambino.

Tutti i dati raccolti sono tutelati dalla normativa sulla Privacy e saranno utilizzati in forma **totalmente anonima**.

Certi di una vostra collaborazione, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore Scolastico

Il Direttore UOC Ortodonzia Odontoiatria e Rete
Odontoiatrica Territoriale
Dott. Luciano Ralli

**ADESIONE alla Campagna di SCREENING ODONTOIATRICO
A.S.L. RM/1**

Preso atto della lettera di invito alla Campagna di Prevenzione Odontoiatrica consegnata a mio/a figlio/a...../.....dalla direzione scolastica
 (Cognome) (Nome)

Nato a.....
 Il.....

comunico le seguenti informazioni di Salute:

Dati Anamnestici																		
Peso	Altezza	Parto Prematuro		Allattament o Materno		Patologie renali		Allergie		Patologie Cardiache		Diabete Giovanile		Patologie Respiratorie		Profilassi Fluoro Infantile		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	

Area geografica di provenienza:

Nord Africa	
centro e sud Africa	
America centrale	
America del nord	
America del sud	
India	
Cina	
Sud est Asiatico e Filippine	
Giappone	
Europa comunitaria (*) Altri paesi europei	
australia e nuova Zelanda	
restanti paesi Oceania	

Respirazione del bambino:

prevalentemente orale	
prevalentemente nasale	
russamento notturno	

Abitudini viziate mantenute oltre i 2 anni:

suzione del dito	
uso del succhiotto	
suzione della lingua	
uso del biberon	
mordicchiamento del labbro	
protrusione della lingua per deglutire	

Alimentazione abituale del bambino:

dieta libera e varia	
dieta libera ricca in zuccheri	
dieta vegetariana	
restrizioni per intolleranza al latte	
restrizioni per intolleranze multiple	
dieta senza proteine	
dieta per diabete	

Cefalea o emicrania

Note:

(Rispondere con un semplice tratto di penna sul quadratino di riferimento)

E concedo

la mia autorizzazione a sottoporre mio/a figlio/a a visita di controllo odontoiatrico secondo le modalità descritte e, secondo quanto previsto dalla legge 193/03, autorizzo al trattamento dei dati sensibili relativi al bambino/a che verranno raccolti per il rendiconto dell'iniziativa di screening, esclusivamente ai fini connessi con la conduzione della campagna stessa e per ricerche scientifico-statistiche sulla popolazione scolastica ed i problemi di salute orale.

IMPORTANTE: vi preghiamo di indicare i vostri recapiti telefonici per ogni evenienza:

cell..... mail

I Genitori/Tutori

MADRE

PADRE