

---

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

\_\_\_\_\_ παρακάτω υπογραφόμεν \_\_\_\_\_

κηδεμόνας τ \_\_\_\_\_ μαθητ \_\_\_\_\_ της \_\_\_\_\_ τάξης

### δηλώνω υπεύθυνα

ότι επιτρέπω στ \_\_\_\_\_ παραπάνω μαθητ \_\_\_\_\_ να λάβει μέρος **δωρεάν** στον στην **οδοντιατρική εξέταση, φθορίωση και αντιμετώπιση οδοντιατρικών προβλημάτων** που θα γίνει στα πλαίσια του παραπάνω προγράμματος

Εφόσον δέχεστε το παιδί σας να συμμετάσχει (επιλέξτε με **X**):

- 1) στην εξέταση
- 2) στη φθορίωση
- 3) στην αντιμετώπιση των οδοντιατρικών προβλημάτων στα οδοντιατρεία μας (κατόπιν επιλογής **με κοινωνικά κριτήρια<sup>1</sup>**)

**O** κηδεμόνας (Υπογραφή)

- Σε περίπτωση οδοντιατρικής παρέμβασης θα πρέπει να πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια τα οποία και θα παραμείνουν πλήρως εμπιστευτικά.

#### **Κοινωνικά Κριτήρια ( Δικαιολογητικά συμμετοχής):**

1. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
2. Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος από την εφορία ή υπεύθυνη δήλωση ότι δεν είμαι υπόχρεος υποβολής δήλωσης φορολογίας εισοδήματος
3. Κάρτα ανεργίας ή κάρτα απορίας