

paranhoSorridente

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

DADOS PESSOAIS DO/A EDUCANDO/A

Número de Adesão: _____ Data de Adesão: _____

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo M ☐ F ☐ Morada: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ B.I: _____

NIF: _____

Nº Utente: _____ SNS: _____ Beneficiário: _____ Entidade: _____

Escola: _____ Nome do Professor: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ portador do Bilhete de Identidade /CC nº _____, emitido pelo Arquivo de Identificação de _____, em ____/____/____, na qualidade de encarregado de educação do educando referido anteriormente, declaro que AUTORIZO a participação no rastreio de **saúde oral** com controlo fotográfico e recolha de informação psicossocial, no âmbito do programa Paranhos Sorridente. Comprometo-me a aceitar as normas que regulam o funcionamento e a atividade clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Porto, _____ de _____ de 201__

Assinatura Legível

Nota: O educando só será submetido à observação mediante a entrega deste documento devidamente preenchido no dia do rastreio.



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO



Faculdade de Medicina Dentária – U. Porto

Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto

Telefone: 220 901 1000 Fax: 220 901 101

paranhosorridente@fmd.up.pt

Junta de Freguesia de Paranhos

Rua Álvaro Castelões, 811/831, 4200-047 Porto

Telefone: 225 020 046/96 Fax: 225 503 714

www.fmd.up.pt