

## MEDICI DI RIFERIMENTO

### DATI: MEDICO DI BASE (da compilare)

Dr.	
Indirizzo	
E-mail	
Tel.	Cell.

### DATI: PEDIATRA (da compilare)

Dr.	
Indirizzo	
E-mail	
Tel.	Cell.

### DATI: ODONTOIATRA (da compilare)

Dr.	
Indirizzo	
E-mail	
Tel.	Cell.

### ALTRI RIFERIMENTI UTILI (parenti, amici)


- opzionale -  
**APPLICARE QUI UNA FOTO RITRATTO**  
*(la foto del/della bambino/a di età inferiore ai 7 anni deve essere aggiornata ogni 6-8 mesi, altrimenti ogni 2 anni).*



UNIVERSITÀ  
DI TORINO

**DSSPP**  
Dipartimento di  
Scienze della Sanità  
Pubblica e Pediatriche

## KIT IDENTIFICAZIONE BAMBINO-A / ADOLESCENTE

### DATA COMPILAZIONE

### DATI PERSONALI

Nome e Cognome	
Luogo	Data di Nascita
Cellulare	
Nome del Padre/Tutore	
Nome della Madre/Tutrice	
Profili Social	
Altre Informazioni	

Scheda ideata per raccogliere e conservare in modo semplice e accessibile tutte le informazioni di identificazione di un bambino/a o adolescente di 4-18 anni, per facilitare la gestione di eventuali situazioni di emergenza o di scomparsa.

Il presente documento deve essere custodito in un luogo sicuro dai genitori/tutori e deve essere consegnato alle Autorità (Polizia di Stato, Carabinieri) in caso di emergenza per la ricerca e l'identificazione.

### FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORE

### LEGGERE LE ISTRUZIONI PRIMA DELLA COMPILAZIONE



Progetto del Laboratorio di Ricerca nella Identificazione Personale e Odontologia Forense [LIPOF], Sezione di Medicina Legale, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell'Università di Torino.

Con il patrocinio di: Penelope Italia OdV, Associazione Forensic Odontology and Human Rights [AFOHR], Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri [FNOMCeO].



