

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti:

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

genitori/ tutori di _____ nato/a _____

il _____ C.F. _____

frequentante il servizio educativo _____ nel Comune di _____

CHIEDO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ____/____/____

AUTORIZZO

il personale educativo alla somministrazione del farmaco/i e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco e a fornire le modalità per la corretta conservazione dello stesso.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Firma dei genitori (o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

MEDICO PRESCRITTORE: _____ tel. _____

Genitori: _____ Genitore: _____

Tutori: _____

NOTE:

La presente richiesta va consegnata al Responsabile del Campus Estivo

La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del periodo del Campus Estivo.

I farmaci prescritti devono essere consegnati dalla famiglia al Responsabile del Servizio Campus Estivo e/o educatore integri verificandone la scadenza.

Eventuali variazioni della terapia e/o delle modalità di somministrazione del farmaco devono essere prescritte dal medico e comunicate tempestivamente.

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

Firma per presa visione
