

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI FARMACI SAFE SUMMER CAMP



Il/la sottoscritto/a _____
genitore di

Cognome _____	Nome _____	Età _____
Nato il _____ a _____, residente a _____ in via _____ n° _____		

Preso atto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di somministrazione di farmaci

RICHIEDE

la somministrazione di farmaci in orario _____ a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata.

Allega prescrizione/certificazione redatta dal medico curante recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA L'INTERVENTO, sollevando i collaboratori / allenatori dell'associazione ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Data _____

Firma _____