

SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE IL CENTRO ESTIVO

RICHIESTA DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI

I sottoscritti

Nome Cognome

Nome Cognome

genitori di

Nome Cognome

nato a il

residente Comune - indirizzo

frequentante il Centro Estivo nel Quartiere

presso la scuola dal al

CHIEDONO

che in ambito ed orario del Centro Estivo venga somministrato il farmaco come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dr.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è effettuabile anche da personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I genitori acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta / Medico di medicina generale cell.

Genitori cell.

data

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