

	<b>PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA SERVIZI CENTRI RICREATIVI ESTIVI</b>	<b>MOD_RICHIESTA_GEN_SALV AVITA</b> <b>Rev. 00</b>
	<b>MODULO RICHIESTA GENITORI</b>	<b>Pagina 1 di 2</b>

Il sottoscritto:

Cognome	
Nome	
Nato a	
Il	

e la sottoscritta:

Cognome	
Nome	
Nato a	
Il	

in qualità di genitori di:

Cognome	
Nome	
Nato/a a	
Il	
Residente in	
frequentante il centro	

Essendo il minore affetto da: ..... e constatata l'assoluta necessità, chiediamo la somministrazione al centro estivo, del/dei farmaci salvavita come da allegata proposta del medico rilasciata in data ..... dal Dott.....

Consapevoli di affidare tale delega a personale non sanitario, solleviamo il personale stesso da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco.

I SOTTOSCRITTI DICHIARANO DI AVER PRESO VISIONE DELL' "INFORMATIVA PRIVACY" ALLEGATA AL PRESENTE MODULO.

Numeri di telefono utili:.....(mamma ).....(papà)

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Firma della madre