



AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORENNI

Prot. n° _____

Al resp.
soggiorno estivo
al rifugio Monte Marca
Località Bielmonte ,9A
13844 Piatto (BI)

Il/La sottoscritto/a

genitore/tutore di

di anni ____ residente in

CHIEDE

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica come prescrizione medica allegata.
- sia continuata la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica.
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, al proprio figlio, di cui allegano prescrizione medica.
- la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzo contestualmente, il personale identificato dal responsabile del rifugio, alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica, di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

S'impegna a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione con posologia, orario e modalità. Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici:-----

Firma data località,

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.
In fede

Modulo da consegnare il giorno dell'arrivo al campo