

Alla Responsabile
dell'Area Servizi Educativi

Alla Responsabile
dell'ATI
Coop.META / Coop. TREEFFE

I sottoscritti

Madre: Cognome _____ Nome _____

Padre: Cognome _____ Nome _____

genitore soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

frequentante il Centro Ricreativo Estivo 2019.

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,

coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

SI IMPEGNANO

A consegnare il farmaco alla educatrice del Centro Estivo, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora il Centro non ne disponga per l'intero arco del Centro Estivo 2019.

AUTORIZZANO

il personale educativo e di supporto dipendente dall'ATI Coop.META / Coop.TREEFFE del servizio frequentato dal minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i, come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

il minore stesso alla auto somministrazione del /dei farmaco/i come indicato nel modello 01.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Il medico: _____

I genitori: _____

Data

Firme

