



FARMACI SALVA VITA

A seguito della richiesta di genitori di iscrivere i propri figli al campo estivo sportivo denominato BAGNATICA SPORT CAMP, a seguito della richiesta di somministrazione di farmaci salvavita in caso di necessità, A.s.d. Spooky Sport e il Comune di Bagnatica Acconsentono alla richiesta a seguito della consegna dei seguenti allegati: ALLEGATO 1-2

Allegato 1

Al Presidente della a.s.d. Spooky Sport

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci
(da parte di collaboratori della a.s.d. Spooky Sport) in orario di svolgimento campo estivo.

Il sottoscritto _____ genitore del bambino _____

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: _____

A tal fine:

AUTORIZZA

I collaboratori della a.s.d. Spooky Sport, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore .

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____ Genitore _____

In fede.

Data, _____

Firma _____



FARMACI SALVA VITA

Allegato 2

Il minore (Cognome) (Nome)

nato il..... residente a

Necessita della somministrazione di farmaci

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e Senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

.....

.....

.....

durata della terapia
(*Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi*)

.....

.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....

Data _____

Firma _____