



OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Servizio	
Anno educativo	

I sottoscritti	Nome		Cognome	
	Nome		Cognome	
Genitori del minore	Nome		Cognome	

CHIEDONO

Che sia attivata presso la scuola _____ Comune di _____ durante il servizio di **CENTRO ESTIVO** la procedura di somministrazione **farmaci salvavita** prescritta, al proprio figlio, dal medico curante o Centro di Riferimento.

Allegano la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione del farmaco. Tale prescrizione indica la posologia, l'orario e la modalità di somministrazione del farmaco prescritto.

Forniscono il farmaco stesso e si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro, con il Centro o il medico di Riferimento, in cui definire le modalità d'intervento.

Si esime il personale della **Cooperativa PROGETTO A s.c.s.** da qualsiasi responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco.

Luogo e data		Firma del genitore/tutore	
Luogo e data		Firma del genitore/tutore	

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

Firma per presa visione del Coordinatore/Responsabile	Firma _____ Data _____
Cognome/Nome/Firma/Data del personale disponibile alla somministrazione:	Cognome _____ Nome _____ Firma _____ Data _____
Cognome/Nome/Firma/Data del personale disponibile alla somministrazione:	Cognome _____ Nome _____ Firma _____ Data _____
Cognome/Nome/Firma/Data del personale disponibile alla somministrazione:	Cognome _____ Nome _____ Firma _____ Data _____