IL MELOGRANO Società Cooperativa Sociale
Via Giovanni Pascoli 17 - 20054 Segrate (MI)
Pec: ilmelograno@pec.ilmelogranonet.it
E-mail: ilmelograno@ilmelogranonet.it
Tel. 02/70630724 - Fax 02/26688294
Cod. fiscale e P. IVA 12874300150

MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Il/la sottoscritto/a _____

nata/o a _____ il _____

C.F. _____

genitore/tutore di _____

iscritto al Centro Estivo di _____

avendo a mente le disposizioni di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater 2 del codice civile e successive modifiche e integrazioni, circa la responsabilità genitoriale che deve essere sempre condivisa dai genitori. A tal fine, il sottoscritto che compila il seguente modulo

DICHIARA

di effettuare la richiesta in osservanza delle suddette disposizioni del C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

CHIEDE

che il/i farmaco/i indicato/i nell'allegata prescrizione medica redatta in data: _____

da: _____

(indicare il nome del medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN)

sia/ano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale educativo della Cooperativa Il Melograno

A TAL FINE

- autorizza il personale educativo della Cooperativa Il Melograno a somministrare il farmaco descritto nell'allegata certificazione medica al ricorrere dell'occorrenza ivi descritta e secondo la posologia, le modalità operative di somministrazione declinate nel predetto certificato;
- solleva il personale educativo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso, in quanto consapevole che il citato personale è privo di competenze specifiche in materia;
- si impegna a fornire il/i farmaco/i integro/i, verificandone la scadenza e ritirandolo/i al termine della frequenza del centro estivo;
- si impegna, altresì, a comunicare immediatamente eventuale variazione di trattamento corredata da certificazione medica aggiornata;
- acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili da parte della Cooperativa Il Melograno, ai sensi del G. D. P.R. 679/2016, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di emergenza.

Recapiti telefonici familiari di riferimento (cellulari): _____

_____

_____

Data _____

Firma genitore/tutore _____