

RICHIESTA ALLA PARROCCHIA ASSUNZIONE MARIA VERGINE DI RIVA PRESSO CHIERI

I sottoscritti _____ e _____

in qualità di genitori-affidatari- tutori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____

affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in CASALPINA/ORATORIO ESTIVO come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data _____ dal

Dott. _____

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede persona da noi delegata: Sig/ra _____
- di individuare, tra il personale, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con: _____
- La vigilanza del personale (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- L'affiancamento del personale (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n. confezioni integre del farmaco denominato

.....,

Lotto scadenza e relativa prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

.....

NB: La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia al personale per la durata della terapia.