

MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Io sottoscritto, _____

in qualità di Genitore / tutore del / la bimbo / a _____

frequentante i servizi _____

presso la scuola _____

consapevole che gli educatori dei servizi parascolastici non hanno competenze, né funzioni sanitarie e che non sono obbligati alla somministrazione dei farmaci ai bambini,

chiedo e autorizzo,

che a mio figlio sia somministrato il farmaco e/o effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali, come da indicazioni della pediatria di comunità o autorizzazione medica allegata.

Specificare farmaci consegnati alla scuola, che è possibile utilizzare:

Specificare farmaci e numero di confezioni consegnate agli educatori



Allego certificato medico

Data _____

Firma _____

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2016, nei modi e nei limiti necessari per garantire l'erogazione del servizio.

(Vedasi informativa completa sul sito www.coopidapoli.it)