

Oggetto: Protocollo per la somministrazione di farmaci a minori nei contesti extra-familiari, educativi o scolastici, nella Provincia di Modena - Richiesta.

Io sottoscritto _____

genitore/affidatario del minore _____

nato a _____ il _____

frequentante la sezione _____ del Nido d'Infanzia _____

CHIEDO

- di accedere alla sede educativa per somministrare il farmaco a mio figlio
- che il/la sig/ra _____ da me delegato/a possa accedere alla sede educativa per somministrare il farmaco al minore

OPPURE

consapevole che il personale educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci a minori

CHIEDO

- la somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico da parte del personale
- incarico il personale di custodire il farmaco

come da allegata certificazione medica rilasciata il _____ dal Pediatra _____

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE/2016/679. Autorizzo gli operatori della struttura alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica allegata. Il farmaco sarà fornito dal sottoscritto garantendone la sostituzione prima dell'esaurimento. Qualora dovessero intervenire modificazioni prescrittive mi impegno a presentare certificazione aggiornata.

Data _____

Firma _____

Recapiti telefonici utili:

Padre _____ Madre _____ Medico _____