

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

Il sottoscritto _____ genitore o tutore del minore _____

nato il _____ a _____ residente a _____

CHIEDE

Che siano somministrati al minore i farmaci salvavita in caso di necessità.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (obbligatoria)

AUTORIZZA

alla somministrazione dei farmaci indicati i collaboratori di asd Polisportiva Scherma Bergamo (privi di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica), **sollevando** gli stessi da responsabilità civili e penali derivanti, sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione, sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE

SINTOMATOLOGIA PER CUI SOMMINISTRARE IL FARMACO: _____

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO: _____

VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

QUANTITA' DEL FARMACO: _____

TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE: _____

DURATA DELLA TERAPIA: _____

CONSERVAZIONE: _____

EFFETTI INDESIDERATI: _____

ALTRO: _____



ASD Polisportiva Scherma Bergamo

P. le della Scienza 5, 24126 Bergamo | P.IVA 03427750165

Tel. +39 339.2239739 – info@schermabergamo.it

www.schermabergamo.it



Federazione
Italiana
Scherma

Numeri di telefono utili: Medico Curante: Dott. _____ Cell. _____

Cell. genitore _____

Data, _____

Cognome e Nome Genitore _____

Firma Genitore _____