



ASD Polisportiva Scherma Bergamo

Via Luzzati 7, 24126 Bergamo | P.IVA 03427750165

Tel. +39 339.2239739 – info@schermabergamo.it

www.schermabergamo.it

SCHERMA BERGAMO



CONI



Federazione
Italiana
Scherma

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

Il sottoscritto _____
genitore o tutore del minore _____

nato il _____ nato 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:



ASD Polisportiva Scherma Bergamo

Via Luzzati 7, 24126 Bergamo | P.IVA 03427750165

Tel. +39 339.2239739 – info@schermabergamo.it

www.schermabergamo.it



Federazione
Italiana
Scherma

SCHERMA BERGAMO

CONSERVAZIONE:

EFFETTI INDESIDERATI:

ALTRO:

Numeri di telefono utili:

Medico Curante: Dott. _____ Cell. _____

Genitore cellulare _____

Data, _____

Cognome e Nome Genitore _____

Firma Genitore _____



SCHERMA BERGAMO

ASD Polisportiva Scherma Bergamo

Via Luzzati 7, 24126 Bergamo | P.IVA 03427750165

Tel. +39 339.2239739 – info@schermabergamo.it

www.schermabergamo.it



Federazione
Italiana
Scherma

Genitore cellulare _____

Data, _____

Cognome e Nome Genitore _____

Firma Genitore _____