



ASD PIAGGIONE VILLANOVA CALCIO
VIA SOTTOPOGGIO PER SAN DONATO 94
50053 EMPOLI (FI)
TEL 0571 76157
C.F. 05452130486
P. IVA 05452130486
WWW.PIAGGIONEVILLANOVACALCIO.NET
INFO@PIAGGIONEVILLANOVACALCIO.NET
PEC: PIAGGIONE@PEC.CGN.IT

Allegato 1
Modulistica per il Medico

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE
DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SUMMER CAMP E PIANO TERAPEUTICO**

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Lo stato di malattia del bambino/a _____ nato/a a
_____ il ____/____/____ e residente a _____ in via
_____ n° _____ CAP _____ C.F. _____

e

- considerata l'assoluta necessità per il suddetto/a bambino/a della somministrazione del farmaco _____, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- considerato che la somministrazione è indispensabile in orario di svolgimento del summer camp in quanto trattasi di farmaco salvavita o indispensabile
- considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario di svolgimento del summer camp, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale interno, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).
Si rilascia al genitore del bambino/a su sua richiesta.

Empoli, il

Timbro e Firma del Medico