



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 2
Modulistica per la famiglia

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SUMMER CAMP
(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Io Sottoscritto _____ genitore di
_____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in via
_____ n° ____ CAP ____ C.F. _____

- consapevole del fatto che il personale facente parte dell'A.S.D. Piaggione Villanova Calcio non ha né competenze né funzioni sanitarie
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL _____ dal dott./ssa _____ in data ____/____/____ ;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta):

- che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario del summer camp** i farmaci previsti dal Piano Terapeutico
- che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale A.S.D. Piaggione Villanova Calcio durante l'auto-somministrazione**, in orario del summer camp, per i farmaci previsti dal Piano Terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale dell'A.S.D. Piaggione Villanova Calcio individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purchè effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarò mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla ns. società, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute del bambino/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

Numeri di telefono	Famiglia	Pediatra libera scelta / Medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.
Empoli, il

Firma di entrambi i genitori