



INCONTRIAMOCI APS

Via Resia 34/a

39100 Bolzano

f: <https://www.facebook.com/incontriamoci.bz>

Tel: - E-mail: incontriamoci.bz@gmail.com

C.F. 94150120213

CONSENSO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Con la presente, lo sottoscritto/a _____

Cognome Nome genitore/esercente la potestà del/la minore _____

AUTORIZZO

Gli operatori dell'associazione Incontriamoci aps, tenuto conto di quanto dichiarato in fase di iscrizione nel "Fascicolo personale del minore", alla somministrazione di farmaci in caso di terapie prescritte.

di aver effettuato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

AUTORIZZA, inoltre,

sotto la propria responsabilità la somministrazione del farmaco antipiretico TACHIPIRINA al/ la proprio/a figlio/a in caso di febbre superiore a 38.5° e in mancanza d'immediata mia reperibilità. In caso di terapie prescritte dal medico incaricato presso la struttura, incontriamoci si impegna a comunicare ed avvisare tempestivamente la famiglia sull'andamento e situazione del minore.

Luogo e data

Firma dei genitori (entrambi) o di chi ne fa le veci
