

Al responsabile  
Istituzione Centri Soggiorno

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
SALVAVITA IN SOGGIORNI RESIDENZIALI E DIURNI**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/tutore del bambino/a \_\_\_\_\_

Frequentante:

Centro estivo residenziale

Centro estivo giornaliero

**Chiede**

- La somministrazione allo stesso di terapia farmacologia in ambito dei soggiorni organizzati dall'Istituzione come da prescrizione medica allegata, redatta dal dott \_\_\_\_\_

CONSEGNA IL FARMACO \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ e temperatura di conservazione \_\_\_\_\_ al coordinatore di riferimento il primo giorno del soggiorno e si impegna a garantire la validità del prodotto.

Autorizzo contestualmente il personale educatore/coordinatore alla somministrazione del farmaco salvavita e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia come da allegata prescrizione medica.

Data \_\_\_\_\_

Firma del/i genitore/i \_\_\_\_\_

Reperibilità tel. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Visto

Il responsabile del servizio

Monica Ferretti

La richiesta/autorizzazione va consegnata all'Istituzione Centri Soggiorno – via Alberoni 51  
Venezia-Lido tel. 041/731070 – 041/731076 fax. 041/731302