

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI  
DURANTE I CENTRI RICREATIVI ESTIVI O SEZIONI ESTIVE DI SCUOLA DELL'INFANZIA  
DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI E DA CONSEGNARE AL COORDINATORE**

I sottoscritti .....

genitori di .....

nato a..... il .....

residente a ..... in Via.....n. civico: .....

frequentante il servizio estivo. ....

per il periodo .....

essendo il minore affetto da.....

.....

e accertata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione, in ambito ed orario del servizio

Estivo, dei farmaci come da allegata prescrizione del medico curante

Dr. ....

Rilasciata in data.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Con la presente, ai sensi dell'art.6 c.1 lett.a) del Regolamento Europeo "GDPR" 2016/679, si autorizza e si esprime il consenso al trattamento dei dati personali (anche relativi alla salute) connessi alle suddette finalità.

Data: .....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale:

(pd)..... (md) .....

(altro) .....

**Numeri di telefono utili:**

• dei Genitori .....

• del medico curante .....