

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/
DURANTE I CENTRI ESTIVI COMUNALI**

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

A

gestore dei centri estivi comunali Quartiere _____
per l'anno _____

Io sottoscritto/a

Genitore/esercente la responsabilità genitoriale del/la minore

_____, nato/a a _____

il/...../..... e residente a _____

in Via _____, che è iscritto al centro
estivo comunale _____ in Via

_____ per il turno¹ _____

dal _____ al _____,

- consapevole del fatto che il personale incaricato non ha né le competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla certificazione medica con attestazione e Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal servizio di pediatria/specialista dell'Azienda USL _____ dal/la Dott./Dott.ssa _____ in data _____

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o esercente la responsabilità genitoriale, (barrare la scelta)

che a mio figlio/a **siano somministrati in orario di centro estivo** i farmaci previsti dal Piano Terapeutico

oppure

che mio figlio, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, **sia assistito dal personale del centro estivo durante l'auto-somministrazione**, in orario di centro estivo, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

1 Indicare turno 1, 2, 3, 4 o 5 e la fascia infanzia oppure obbligo

Esprimo il consenso affinché il personale incaricato dal datore di lavoro e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché 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.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e per ogni anno di iscrizione, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Coordinatore di plesso del centro estivo, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute del/la minore medesimo/a, rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Contatti per le emergenze:

Famiglia		
MMG/pediatra/specialista		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR 2016/679.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede,

Firma ⁽¹⁾

Luogo _____ Data ____/____/____

⁽¹⁾ Genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale per il/la minore