



Associazione Empatia aps
Via Vittorio Veneto 18, 12030 Ruffia (CN)
C.F. 94048790045
tel. 346.3973739
mail: ass.empatia.aps@gmail.com

MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Al Presidente dell' Arci Associazione Empatia aps

Sede Legale: Via Vittorio Veneto n° 18, Ruffia 12030 (CN)

1. Dati del Minore e dei Genitori/Tutori

Il/La sottoscritto/a: _____

nato/a a: _____

il: _____

residente a: _____

CF: _____

in qualità di () genitore / () tutore legale

E

il/la sottoscritto/a _____

nato/a a: _____

il : _____

residente a: _____

CF: _____

in qualità di () genitore / () tutore legale

AUTORIZZANO CONGIUNTAMENTE

il personale, i volontari e gli operatori dell'Associazione Empatia aps a somministrare
al/alla proprio/a figlio/a:

Nome e Cognome del Minore: _____

nato/a a: _____

il: _____

iscritto/a alle attività dell'Associazione, i farmaci di seguito indicati in caso di assoluta
necessità.



Associazione Empatia aps
Via Vittorio Veneto 18, 12030 Ruffia (CN)
C.F. 94048790045
tel. 346.3973739
mail: ass.empatia.aps@gmail.com

2. Dettagli sul Farmaco e Modalità di Somministrazione

Nota importante: Il farmaco deve essere consegnato all'Associazione nella sua confezione originale, integro, non scaduto e chiaramente contrassegnato con il nome e cognome del minore.

- **Nome commerciale del farmaco:** _____
- **Dosaggio (quantità):** _____
- **Via di somministrazione:** _____
- **Condizioni di somministrazione:** _____

(Specificare chiaramente quando va somministrato e solo dopo contatto telefonico con il genitore)

3. Dichiarazioni e Assunzione di Responsabilità

I sottoscritti dichiarano sotto la propria responsabilità che:

1. Il minore **non presenta allergie o intolleranze note** al principio attivo del farmaco sopra indicato o ai suoi eccipienti.
2. Il minore ha già assunto in passato tale farmaco senza manifestare reazioni avverse.
3. Sollevano l'Associazione, i suoi legali rappresentanti, i dipendenti e i volontari da qualsiasi responsabilità civile o penale derivante da effetti collaterali imprevedibili legati alla somministrazione del farmaco stesso.
4. Si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dello stato di salute del minore o della terapia.

4. Consenso al Trattamento dei Dati Personali (Privacy)

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili (relativi allo stato di salute) del minore, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), esclusivamente per le finalità legate alla tutela della salute e all'organizzazione delle attività dell'Associazione.

Luogo e Data: _____

Firma del Genitore/Tutore 1: _____

Firma del Genitore/Tutore 2: _____