



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

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

DATI DEL MINORE

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residente a: _____

DATI DEL GENITORE

Nome e Cognome: _____

Nato/a a _____ il _____

Telefono: _____

E-mail: _____

In qualità di:

☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale

☐ Tutore legale

☐ Altro _____

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara che il/la minore sopra indicato/a è affetto/a dalla seguente patologia:

_____ e necessita, in caso di emergenza, della somministrazione del seguente farmaco salvavita:

Nome del farmaco: _____

Dosaggio: _____

Modalità di somministrazione: _____

Condizioni che richiedono la somministrazione del farmaco:



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

AUTORIZZAZIONE

Il/La sottoscritto/a.....

AUTORIZZA

il personale volontario e/o dipendente dell'Associazione sopra indicata, individuato e reso disponibile dall'Associazione stessa, a somministrare il farmaco salvavita descritto nella presente autorizzazione esclusivamente nei casi e secondo le modalità indicate nella certificazione medica allegata.

Si impegna inoltre a:

- fornire il farmaco in confezione integra e non scaduta;
- consegnare all'Associazione la prescrizione/certificazione medica aggiornata;
- comunicare tempestivamente eventuali variazioni della terapia o dello stato di salute;
- sostituire il farmaco prima della data di scadenza.

ALLEGATI OBBLIGATORI

☐ Certificazione medica attestante la necessità del farmaco salvavita.

☐ Indicazioni operative per la somministrazione in caso di emergenza.

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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

Il personale dell'Associazione agirà esclusivamente in situazione di necessità ed emergenza, attenendosi alle indicazioni contenute nella documentazione medica fornita dalla famiglia e, ove necessario, attivando contestualmente il Servizio di Emergenza Sanitaria (112).

Luogo e data _____

Genitore/Tutore

Legale rappresentante Ass. Empatia

Informativa privacy: I dati personali saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) esclusivamente per le finalità connesse alla tutela della salute e alla gestione delle attività associative.