

RICHIESTA DEI GENITORI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO DI FREQUENZA AL CENTRO RICREATIVO ESTIVO DIURNO

Alla Direzione del CRE di _____

Io sottoscritto/a _____ residente a _____
indirizzo _____
genitore di _____

c h i e d o

ai responsabili del CRE in oggetto di praticare a mio/a figlio/a le prestazioni sanitarie citate nelle prescrizioni del medico curante dr. _____ che qui allego e secondo le modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono espresse (*).

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà:

_____ Tel. _____

Questa delega si intende temporalmente limitata al periodo dal _____
al _____ .

Data _____ Firma _____

Documentazione da allegare:

(*) **PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FIDUCIA** per la somministrazione di farmaci in orario di funzionamento del cre.

Sul ricettario del medico devono essere riportati:

- nome del farmaco, sua formulazione, dose e modalità di somministrazione che escludano discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, sia in relazione all'orario che alle modalità;
- la somministrazione indispensabile ed indifferibile in orario compreso nel normale orario di frequenza al CRE del bambino/a;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- altre raccomandazioni ritenute necessarie.