



Consenso alla somministrazione difarmaci

Rev.01 del 25/01/2023

CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Io sottoscritto/a (*cognome-nome*) _____

☐ titolare della potestà genitoriale/ tutore legale del minore (*cognome-nome*)

Autorizzo l'Operatore della Polisportiva Comunale Rivoli (*cognome-nome*)

Alla somministrazione sotto prescrizione medica dei seguenti farmaci:

1. _____

2. _____

3. _____

Altri: _____

A nostro figlio/a (*cognome-nome*) _____

Con il seguente consenso sollevo L'associazione A.S.D. Polisportiva Comunale Rivoli
e l'operatore da qualsiasi responsabilità civile e penale.

Rivoli (*data*) _____

Firma Genitore (Mamma) _____

Firma Genitore (Papà) _____