



Aribandus

Cooperativa
Sociale
Onlus

FARMACO SALVAVITA

(il seguente modulo ha validità annuale)

SE IL MINORE DEVE ASSUMERE UN FARMACO SALVAVITA IN DOSE PRESTABILITA

È NECESSARIO PROCEDERE SECONDO LE INDICAZIONI SOTTO DESCRITTE:

CENTRO ESTIVO _____

BAMBINO/A

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita _____

GENITORE/TITOLARE DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Nome _____
Cognome _____
Indirizzo _____
Telefono _____ Mail _____

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

N.B.:

- Per la somministrazione del farmaco prescritto **non occorre** la presenza di una figura sanitaria.
- **Il personale del centro estivo non è in possesso delle conoscenze e delle abilitazioni sanitarie.**
- In caso di terapie iniettive È POSSIBILE SOLO l'uso di **penne preriempite**.

DESCRIZIONE DEL FARMACO

<u>Nome commerciale</u>	
<u>Modo d'uso</u>	
<u>Posologia/Dose</u>	



Modalità di conservazione	
Note	

L'uso del farmaco è differibile? SI NO

CERTIFICAZIONE DELLA PATOLOGIA DEL BAMBINO/A

--

DESCRIZIONE SINTOMATOLOGIA RILEVABILE DAL PERSONALE DEL CENTRO ESTIVO

Descrizione dell'eventuale emergenza/urgenza che si può manifestare (descrizione dei sintomi o delle situazioni a cui prestare attenzione) al fine di consentire al personale di gestire al meglio la situazione di emergenza/urgenza e allertare il 118:

<u>Che richiede l'uso del farmaco</u>	
<u>Che si presenta dopo l'uso del farmaco</u>	
<u>Che impone di allertare il 118</u>	

MEDICO CURANTE

Nome _____
Cognome _____
Indirizzo _____
Telefono _____ Telefono _____

Timbro e firma del medico curante



Ai sensi dell'art. 13 del RGPD sono informato che:

- a) I dati personali, compresi quelli rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 19 del RGPD, relativi a mio figlio/a, forniti nel presente modulo all'atto dell'iscrizione ai CER, verranno trattati al fine di procedere con l'uso del farmaco salvavita nei casi necessari e nelle modalità prestabilite;
- b) Il conferimento è obbligatorio in quanto in mancanza non sarà possibile procedere a quanto sopra;
- c) I dati saranno trattati per tutto il tempo di frequenza del CER e successivamente verranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- d) Il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi, a cura dei soggetti espressamente nominati come responsabili del trattamento.
- e) Di avere il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD).
- f) Titolare del trattamento è la cooperativa sociale Aribandus (via D. Morelli, 17 – 37138 Verona; tel. 045564362; mail: info@aribandus.com).
- g) Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121, IT – 00186 Roma) quale autorità di controllo nazionale secondo le procedure previste (art. 57, par. 1, lettera f), RGPD).

Si autorizza pertanto il trattamento dei dati nel modo suddetto.

Data _____

Firma del genitore/titolare della responsabilità genitoriale



ESONERO DI RESPONSABILITÀ A FAVORE DEGLI EDUCATORI PER L'USO DI FARMACI NEI CONFRONTI DI MINORI

Il/la sottoscritto/a _____
genitore/titolare della responsabilità genitoriale del bambino/a _____
affetto dalla patologia di cui all'allegato certificato medico _____
frequentante il centro estivo _____
o primo turno
o secondo turno
o terzo turno
o quarto turno

DICHIARA

- 1) di essere a conoscenza che i coordinatori e gli educatori del suddetto centro estivo non sono in possesso delle competenze ed abilitazioni sanitarie necessarie per la somministrazione in via continuativa o occasionale di farmaci e di essere a conoscenza altresì che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale del centro estivo;
- 2) di essere informati che la Ditta aggiudicataria che gestisce il servizio, disponendo di personale educativo non in possesso di competenze ed abilitazioni sanitarie, non si assume alcuna responsabilità al riguardo;

AUTORIZZA

i coordinatori ed educatori ad utilizzare il farmaco salvavita per il/la proprio/a figlio/a nella posologia e nel dosaggio indicato dal Medico curante;

SOLLEVA

pertanto da ogni responsabilità i coordinatori ed educatori che, in caso di emergenza, dovessero intervenire con l'utilizzo del farmaco consegnato alla scuola con le relative indicazioni del Medico Curante nei confronti del proprio figlio/figlia minore, nonché da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Chiedono che il personale del centro estivo ricreativo possa effettuare questa prestazione in considerazione del fatto che entrambi i genitori sono impossibilitati a realizzarla, indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegata a questo tipo di intervento:

cell. _____

cell. _____

Data _____

Firma del genitore/titolare della responsabilità genitoriale
