



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI AL CAPO UNITÀ
(da compilare solo in caso di necessità)

I sottoscritti _____ e _____
in qualità di genitori - genitori affidatari- tutori legali
di _____
frequentante l'Unità _____
del Gruppo scout _____
constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci durante le attività
scout nel periodo dal ____/____/____ al ____/____/____
come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ____/____/____
dal Dott. _____.

CHIEDONO

(barrare la voce che interessa)

- di individuare, tra i capi componenti la pattuglia di unità, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le funzioni previste.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - A. La vigilanza dei capi dell'unità (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento dei capi dell'unità (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n _____ confezioni integre, Lotto _____

con scadenza il ____/____/____.

Si allega prescrizione medica.

In fede,

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Luogo _____ Data _____