



Consenso alla
somministrazione di
farmaci

Rev.01 del 22/03/2021

CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

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

Autorizzo l'Operatore del Centro Sportivo Orbassano (*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. Centro Sportivo Orbassano A.P.S.*
e l'operatore da qualsiasi responsabilità civile e penale.

Orbassano (*data*) _____

Firma Genitore (Mamma) _____

Firma Genitore (Papà) _____