

Modulo intolleranze/allergie/patologie croniche o rare medicine

Il sottoscritto Sig/ra.

nata/o a, il.....,

residente inVia.....

DICHIARA

θ di **non presentare** nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare e/o allergie e/o intolleranze di tipo diverso sa quella alimentare;**

θ di NON ESSERE affetto da **patologia cronica o rara** (es. epilessia, malattia autoimmune,...) **che necessiti la somministrazione di farmaci** specifici sia come terapia continuativa sia in caso di attacco acuto;

θ di **presentare** la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i e/o allergie e/o intolleranze di tipo diverso sa quella alimentare;** (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

.....
.....
.....

θ di ESSERE affetto dalla seguente **patologia cronica o rara** (es. epilessia, malattia autoimmune, ecc.), **che necessita la somministrazione di farmaci** specifici sia come terapia continuativa sia in caso di attacco acuto : indicare in stampatello nello spazio sottostante la patologia, il tipo di medicinale e la posologia:.....

.....
.....
.....

Il sottoscritto si impegna a consegnare al responsabile della ASD Signor/signora.....o Al Signor/Signora..... delegata dal responsabile e incaricato della somministrazione dei farmaci in caso di necessità, copia documentazione medica attestante la patologia nonché le misure da assumere in caso di necessità, la posologia e la modalità di somministrazione di farmaci. Il sottoscritto si impegna altresì a provvedere alla fornitura dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, sia per il trattamento quotidiano che per il trattamento in situazioni di emergenza.

Luogo.....,Data

Firma

Recapito telefonico per qualsiasi necessità

.....

.....