

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA
REGOLAMENTO DI CONVITTO ART.3 n.4 – ART. 11 n. 2 e 5

Il/I sottoscritto/i
in qualità di genitore/i del convittore/trice.....
nato/ail.....
e residente a(pr.....)
in via.....
titolare della Tessera Sanitaria n. Gruppo Sanguigno.....
n. tel. Genitore.....n. tel. Medico Curante.....
n. tel. del convittore/trice

C O M U N I C A

Le seguenti notizie sanitarie necessarie alla permanenza in convitto del
convittore.....specificando che le stesse vengono fornite con il Visto e
l'approvazione del medico curante .

ALLERGIE:

Farmaci:.....

Pollini.....

Polveri.....

Acari.....

Muffe.....

Punture di insetto.....

Altro.....

Intolleranze:.....

Se il convittore è affetto da patologie particolari è necessario consegnare copia dei relativi
documenti sanitari e comunicare le eventuali terapie da seguire.

Si autorizza/non si autorizza

Il personale infermieristico e/o educativo del convitto a somministrare i farmaci da banco per le
afezioni comuni (mal di testa, nausea, mal di denti, febbre ecc....) acquistati dal/i sottoscritto/i e
consegnati al personale infermieristico del convitto che provvederà a conservarli e consegnarli al
convittore/trice in caso di richiesta.

I farmaci non da banco potranno essere somministrati solo su indicazione e prescrizione medica.

Il genitore/i – affidatario/i

.....

Visto del medico curante
timbro e firma