



## MODULO CONSENSO CURE MEDICHE

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori o esercenti la patria potestà sul minore \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ iscritto/a all'esselle \_\_\_\_\_ camp, dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

### DANNO IL CONSENSO

al personale medico e paramedico individuato dagli organizzatori del campus di intervenire sul minore, in caso di urgenze mediche o in caso di necessità sopraggiunta durante tutto il periodo del campus. Autorizzo il personale medico a somministrare i farmaci ritenuti necessari sollevando altresì gli Organizzatori da ogni responsabilità.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Firma

**Genitore o esercente la patria potestà**

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

**Firma  
Coordinatore**

\_\_\_\_\_