



MINORI OSPITI di AGDI ai Campi di educazione e promozione sportiva “DIABETE SPORT TRAINING

CONSENSO A TERAPIE MEDICHE E TRATTAMENTI SANITARI IN

CASO di EMERGENZA

Il/La sottoscritto/a

_____ nato/a il _____ a _____
(nome e cognome) (giorno, mese, anno) (luogo)

In qualità di **Genitore/i**

Tutore/i esercente/i la potestà sul/i seguente/i minore/i:

_____ nato/a il _____ a _____
(nome e cognome) (giorno, mese, anno) (luogo)

_____ nato/a il _____ a _____
(nome e cognome) (giorno, mese, anno) (luogo)

comprende che il Personale Medico responsabile del campo **in caso di emergenza**, contatterà prontamente il Medico che ha compilato il PIANO di CURA del/dei minore/i e si attiverà al fine di dare al/la sottoscritto/a notizie sulle condizioni di salute del/i minore/i, comunicando il tipo di intervento ritenuto strettamente necessario dal Personale Medico incaricato da AGDI in relazione alla patologia riscontrata. Premesso quanto sopra,

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO

affinché il **Personale Medico incaricato da AGDI** – ove possibile, previa adeguata informativa al genitore sullo scopo e sulla natura dell'intervento, sulle sue eventuali conseguenze e sui suoi rischi - possa provvedere in favore del/i sopraindicato/i minore/i, direttamente o valendosi di strutture medico-ospedaliere, **a terapie mediche e/o altri trattamenti sanitari** (ivi inclusi somministrazione di farmaci, vaccini, esami radiografici, analisi diagnostiche, interventi medico-chirurgici di minore entità anche in anestesia locale/generale etc.).

Data

Firma Genitore/Tutore Legale