

ALLA DIREZIONE DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO RICCARDO MASSA

Il/La sottoscritto/a: (docum. di identità n:)

abitante a in via/piazza n.....

genitore della/del bambina/o

iscritta/o a frequentare la **classe**....., **sezione** presso il plesso:

() – ANDE

() – MONTESSORI

() – DONADONI

DELEGA

i collaboratori sportivi e gli educatori del **BACK TO SCHOOL CAMP 2026**

a prendere in consegna la/il propria/o figlia/o, al termine delle attività scolastiche nelle giornate:

10-11-14-15-16 settembre (ore 12.20/12.30)

17-18-21-22-23-24-25 settembre (ore 14.20/14.30)

DICHIARA

di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente la scuola stessa (Direttore, educatrici, personale ausiliario).

Prende atto che la responsabilità della scuola cessa nel momento in cui la/il bambina/o viene affidato alla persona delegata.

Firma per accettazione della persona delegata:

Stefano Pucci – in qualità di legale rappresentante della Polisportiva Garegnano 1976 ASD APS

C.I n° CA61618JE - scad. 24/7/2031

Associazione Sportiva Dilettantistica
di Promozione Sociale
..... POLISPORTIVA GAREGNANO 1976

C.F. / P. IVA 07841770964
via Lampugnano 80 - 20151 Milano

Data: Firma del genitore delegante:

**ALLA DIREZIONE DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO RICCARDO MASSA
ALLA RESPONSABILE DELLA GESTIONE DEI PROTOCOLLI DEI FARMACI
SALVAVITA DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO RICCARDO MASSA
ALLA POLISPORTIVA GAREGNANO 1976 ASD APS**

Il/La sottoscritto/a:

genitore della/del bambina/o:

DICHIARA

che la/il minore sopra indicata/o:

() – NON FA uso di farmaci salvavita

() – FA uso di farmaci salvavita, ed in tal caso:

() – NON AUTORIZZA la Polisportiva Garegnano 1976 ASD APS ad essere a conoscenza del protocollo per la somministrazione dei farmaci salvavita e, di conseguenza, NON ne autorizza la somministrazione in caso di necessità, sollevandola da qualsiasi responsabilità derivante.

() – AUTORIZZA la Polisportiva Garegnano 1976 ASD APS ad essere a conoscenza del protocollo per la somministrazione dei farmaci salvavita, che allega (*) alla presente dichiarazione, e ne AUTORIZZA la somministrazione in caso di necessità. Nel caso in cui l'attività sportiva extrascolastica si svolgesse in un plesso diverso da quello della frequenza scolastica:

() – DICHIARA che i farmaci salvavita, nelle giornate di BACK TO SCHOOL CAMP, saranno sempre disponibili (indicare con precisione il luogo ove saranno riposti):

.....

() – SI IMPEGNA, il primo giorno di attività, a consegnare i farmaci salvavita ai collaboratori sportivi della BACK TO SCHOOL CAMP; tali farmaci saranno riposti in un luogo indicato dal personale dell'Istituto in accordo con la responsabile della gestione dei protocolli dei farmaci salvavita dello stesso.

(*) ALLEGATO: protocollo dei farmaci salvavita

Data: Firma del genitore: