



**DOLCI SOGNI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE**  
Via Volturmo, 3 – 24030 Gromlongo di Palazzago (Bg) – CF e PIVA 03118050164  
Tel 3881486609 - info@nidodolcisogni.it

---

**ALLEGATO N. 3**

**DELEGA GENITORIALE PER LE PROCEDURE DI EMERGENZA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

per conto proprio/quale esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

**Delego il personale della struttura educativa a chiamare il 112 in caso di urgenza e chiedo contestualmente che venga fatto ogni possibile tentativo per contattarmi in tali condizioni presso i recapiti che ho fornito in precedenza.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DA TENERE E USARE SOLO IN CASI SPACIALI/ FARMACI  
SALVAVITA**

**ALLEGATO N. 4**

**DELEGA GENITORIALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

per conto proprio/quale esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

Delego il responsabile della struttura educativa a praticare a mio/a figlio/a le prestazioni sanitarie citate nelle indicazioni del medico curante  
dr. \_\_\_\_\_ che qui allego e secondo le modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono espresse\*.

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà: \_\_\_\_\_

Questa delega si intende temporalmente limitata al periodo \_\_\_\_\_

\***certificato del medico** per la somministrazione di farmaci in orario scolastico. Su ricettario devono essere riportati:

- farmaco, la sua formulazione, dose e modalità di somministrazione;
- altre raccomandazioni ritenute necessarie.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**( DA COMPILARE E CONSEGNARE AL NIDO )**

**AUTORIZZAZIONE SPOSTAMENTI FUORI SEDE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

per conto proprio/quale esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

**Autorizzo il personale della Cooperativa Dolci Sogni ad effettuare spostamenti fuori dalla sede con il proprio figlio/a.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**( DA COMPILARE E CONSEGNARE AL NIDO )**

**DELEGA A TERZI PER RITIRO DEL FIGLIO/A**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

per conto proprio/quale esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

- Delego il sig./ la sig.ra .....N°carta d'identità .....
- Delego il sig./ la sig.ra .....N°carta d'identità .....
- Delego il sig./ la sig.ra .....N°carta d'identità .....
- Delego il sig./ la sig.ra .....N°carta d'identità .....
- Delego il sig./ la sig.ra .....N°carta d'identità .....
- Delego il sig./ la sig.ra .....N°carta d'identità .....

**A ritirare mio figlio/a dal nido nei giorni in cui ne fossi impossibilitato**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

per conto proprio/quale esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

**Allontanato il giorno** .....in seguito al riscontro da parte del personale educativo di:

- Esantema (rash cutaneo);
- Congiuntivite purulenta;
- Diarrea;
- Altro.....;

OPPURE

**Assente dal** ..... **per** .....

**DICHIARO**

Ai sensi della L.R. 21 del 18/08/2005 in materia di semplificazione sanitaria

**Di aver contattato il medico curante, di essermi attenuto/a alle indicazioni da lui ricevute e di poter riportare mio figlio/a al nido.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_