



DOLCI SOGNI SOCIETÀ DI COOPERATIVA SOCIALE
Palazzago, via Volturmo 3, 24030
P.IVA 03118050164
info@nidodolcisogni.it

Procedure di Emergenza

DELEGA GENITORIALE

Dati del/la firmatario/a

Nome e cognome _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____

Residente a _____

CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____

n. _____

per conto del/la minore

Nome e cognome _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____

Delego il personale della Cooperativa Dolci Sogni 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 _____



DOLCI SOGNI SOCIETÀ DI COOPERATIVA SOCIALE
Palazzago, via Volturmo 3, 24030
P.IVA 03118050164
info@nidodolcisogni.it

Da tenere e usare solo in casi speciali / Farmaci salvavita

DELEGA GENITORIALE

Dati del/la firmatario/a

Nome e cognome _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____

Residente a _____

CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____

n. _____

per conto del/la minore

Nome e cognome _____ 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./Dr.ssa _____ che qui allego, secondo le modalità e precauzioni nel documento espresse.

Recapito per ogni emergenza:

Questa delega è temporalmente limitata al periodo:

* *Certificato del medico per la somministrazione di farmaci in orario scolastico. Su ricettario devono essere riportati:*
— *farmaco, sua formulazione, dose e modalità di somministrazione;*
— *altre raccomandazioni ritenute necessarie.*

Luogo e data _____

Firma _____



DOLCI SOGNI SOCIETA' DI COOPERATIVA SOCIALE
Palazzago, via Volturmo 3, 24030
P.IVA 03118050164
info@nidodolcisogni.it

AUTORIZZAZIONE SPOSTAMENTI FUORI SEDE

Dati del/la firmatario/a

Nome e cognome _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____

Residente a _____

CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____

n. _____

per conto del/la minore

Nome e cognome _____ 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 _____

DELEGA A TERZI PER RITIRO DEL FIGLIO/A

Dati del/la firmatario/a

Nome e cognome _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____
Residente a _____
CAP _____ Prov. _____
Via/Piazza _____
n. _____

per conto del/la minore

Nome e cognome _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____

Delego le seguenti persone a ritirare mio/a figlio/a nei giorni in cui ne fossi impossibilitato/a:

1. Sig./Sig.ra _____	N° carta d'identità _____
2. Sig./Sig.ra _____	N° carta d'identità _____
3. Sig./Sig.ra _____	N° carta d'identità _____
4. Sig./Sig.ra _____	N° carta d'identità _____
5. Sig./Sig.ra _____	N° carta d'identità _____

E' necessario allegare copia della carta di identità di ogni delegato indicato

Luogo e data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE

Dati del/la firmatario/a

Nome e cognome _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____
Residente a _____
CAP _____ Prov. _____
Via/Piazza _____
n. _____

per conto del/la minore

Nome e cognome _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____

Allontanato/a il giorno _____ in seguito al riscontro da parte del personale educativo di:

- ☐ Esantema (rash cutaneo)
- ☐ Congiuntivite purulenta
- ☐ Diarrea
- ☐ Febbre
- ☐ 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/a figlio/a all'interno del servizio nido.

Luogo e data _____

Firma _____

Da tenere e usare per il rientro da una malattia.