



MODULO per la COMUNICAZIONE di ASSUNZIONE di FARMACI

Dati del giocatore Cognome

Nome.....

Data nascita.....

n° telefonico.....

Farmaco (nome commerciale)
Farmaco (principio attivo) (a cura del medico sociale)
Dosaggio/Quantità (è sufficiente scrivere il numero di pillole, iniezioni, applicazioni, ecc.)
Data di assunzione (è sufficiente la data dell'ultima assunzione)
Durata di assunzione

Modalità di assunzione

- Pillole/capsule
- Iniezione/flebo/supposte
- Aerosol
- Spray nasale
- Crema/pomate
- Collirio

Modalità di prescrizione

- Medico ospedaliero
- Medico specialista
- Medico di base
- Autoprescrizione

Firma del giocatore (...o di un genitore, se minorenne)

.....

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
CUNEO GRANDA BASKETBALL

COD. F.I.P. 043747 – N° ISCRIZIONE REGISTRO DELLE SOCIETÀ SPORTIVE DILETTANTISTICHE 28228

c/o BV CONSUL S.R.L. - C.SO NIZZA, 22 - 12100 - CUNEO (CN)
CASELLA POSTALE N° 205 - CUNEO (CN)