



---

---

## MODULO per la COMUNICAZIONE di ASSUNZIONE di FARMACI

**Dati del giocatore**    Cognome .....

Nome.....

Data nascita.....

n° telefonico.....

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

### 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)