

RICHIESTA DI / AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Io sottoscritto/a _____
Nato/a il _____ Residente a _____
Genitore/tutore del bambino/a _____ Nato/a il _____
Frequentante l'asilo nido _____ di via _____
Comune di _____

CHIEDO

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica al Nido, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzo

il personale del Nido alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di seguito descritta

Farmaco _____
Dosi _____
Orari _____
Periodo di somministrazione _____
Modalità di conservazione _____

Data _____

firma del genitore/tutore _____

firma Coordinatore Nido _____