

## **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_

Genitore/tutore del bambino/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

Frequentante l'asilo nido di via Bolzano 10 – Garbagnate Milanese.

### **CHIEDO**

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

### **Autorizzo**

il personale dell'asilo 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

\_\_\_\_\_

Per presa visione del Coordinatore Pedagogico Dr. Lorenza Tenconi

\_\_\_\_\_