

Micronido LA CASA DEI CUCCIOLI
Via Cesare Battisti 17
Rho 20017
Tel. 0293903595

RICHIESTA DI / AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ Residente a _____

Genitore/tutore del bambino/a _____

Nato/a il _____

Frequentante il micronido "La casa dei cuccioli" di via C.Battisti,17 Comune di Rho

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