

Scuola dell'Infanzia paritaria IMMACOLATA

Via Cesare Battisti 17

Rho, 20017

Tel. 0293903595

RICHIESTA DI / AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ Residente a _____

Genitore/tutore del bambino/a _____

Nato/a il _____

Frequentante la Scuola dell'Infanzia di via C.Battisti,17 Comune di Rho

CHIEDO

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

Autorizzo il personale della scuola alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di seguito descritta:

Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Data,

firma del genitore/tutore

firma Coordinatore