

AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

LA SOTTOSCRITTA _____
MADRE E IL SOTTOSCRITTO _____

_____ PADRE DEL/LA
BAMBINO/A _____ NATO/A A _____
PROV. _____ IL _____

VISTA LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO PEDIATRA DOTT./SSA _____ (IN
ALLEGATO) CHE CERTIFICA L'INDISPENSABILITÀ E INDIFFERIBILITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE
DEL FARMACO: _____

CON LA SEGUENTE POSOLOGIA:

NEL CASO IN CUI

AUTORIZZANO

IL PERSONALE IN SERVIZIO PRESSO LA NOSTRA STRUTTURA ALLA TEMPESTIVA
SOMMINISTRAZIONE DEL MEDESIMO PER VIA

_____ IN CASO DI ESTREMA
NECESSITÀ, SOLLEVANDO IL NIDO DA QUALSIASI RESPONSABILITÀ.

FIRMA DEI GENITORI

(MADRE) _____

(PADRE) _____

PIOLTELLO, Lì _____

IN ALLEGATO: PRESCRIZIONE DEL MEDICO