



SOMMINISTRAZIONE MEDICINALE

Io sottoscritto/a _____ in qualità di genitore del minore
_____ frequentante l'ASILO NIDO "S. CHIARA D'ASSISI"

AUTORIZZA

codesta Scuola, ed il personale che ne fa parte, alla somministrazione di farmaci, per una terapia momentanea che riguarda il minore, assumendosi la responsabilità di ciò che viene dichiarato e chiesto.

Nello specifico autorizza a somministrare il seguente medicinale: _____
nella fascia orari dalle _____ alle _____, nei giorni _____

Firma

Data