

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscrittogenitore del bambino

COGNOME	-
NOME	-
DATA DI NASCITA	-
INDIRIZZO	-
TELEFONO REPERIBILE	-
CLASSE	-

considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, **autorizzano** e sollevano il personale della **scuola materna parrocchiale di Romano Banco** da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di seguito prevista:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	
DOSE E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE	
DURATA DELLA TERAPIA	
MODALITÀ DI CONSERVAZIONE	

DATA

FIRMA DEL GENITORE

