

Ente Gestore:

Pegasus Società Cooperativa Sociale
91025 – Marsala (TP) C.da Cozzaro, 261
P.IVA 02728150810



AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (ANCHE OMEOPATICI) DURANTE LE ORE DI PERMANENZA ALL'ASILO NIDO

Il/la sottoscritto/agenitore
di.....autorizza il personale dell'asilo
nido a somministrare il farmaco con la seguente
posologia:

- Orario
- Dose
- Giorni di somministrazione

Dichiara inoltre che il minore non ha manifestato alcuna intolleranza al farmaco in oggetto e che la confezione risulta correttamente conservata.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin da ora l'intervento.

N.b. se il farmaco prevede la prescrizione, è obbligatorio presentare la fotocopia della ricetta medica.

Di conseguenza con la presente libero da qualsiasi responsabilità il personale e la Direzione dell'asilo nido per qualunque effetto collaterale il farmaco potesse dare a mio figlio.

Luogo e Data

Firma

.....

.....