SCUOLA DELL'INFANZIA PARROCCHIALE
SAN VINCENZO DE PAOLI

FISM SCUOLA ASSOCIATA
Federazione Italiana Scuole Materne

MODULO RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____

in via _____tel. _____

esercente la patria potestà parentale o legalmente delegato a esercitarla, delega il personale educativo/insegnante alla somministrazione dei seguenti farmaci:

_____

_____

come da prescrizione specialistica rilasciata in data _____

dal medico dottor _____ allegata al presente modulo quale parte integrante la richiesta.

Consapevole di affidare tale delega a personale non sanitario, solleva il personale stesso da

ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco.

firma

_____

Caronno Pertusella, _____

Via S. Alessandro, 800 • 21042 Caronno Pertusella (VA) • Telefono 02.965.06.05
segreteria@scuolasanvincenzopertusella.it • coordinatrice@scuolasanvincenzopertusella.it • direzione@scuolasanvincenzopertusella.it
www.scuolasanvincenzopertusella.it