

ASILO NIDO "HAKUNA MATATA"

VIA DONATELLO, 10 - 20096 PIOLTELLO (MI) -

TEL. 0239560342 - CELL. 3486037234

www.asilohakunamatata.com

AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE DI _____

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

A U T O R I Z Z A N O 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