



AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO

I sottoscritti
genitori di
Nato/a a..... il
residente a in via.....
frequentante la classe dell'asilo nido Spigolotondo sito in via dei Tigli 1
a Garbagnate Milanese:

- o Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico rilasciata in data dal Dott.
- o Per agevolare la respirazione del bambino e constatata la necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico della soluzione fisiologica per i lavaggi nasali.

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

Garbagnate Milanese,

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....