

DELEGA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il sottoscritto.....padre,

C.F:.....la

sottoscritta.....madre,

C.F:..... genitori

di.....nato/

ail.....frequentante.....

.....

AUTORIZZANO

Il/la sig.....nato/a

il.....con mansione di.....

presso.....

Il/la sig.....nato/a

il.....con mansione di.....

presso.....

alla somministrazione del farmaco.....

così come da prescrizione medica del Dott.....

Il farmaco andrà somministrato secondo le seguenti modalità/ secondo le modalità

allegate.....Dichiarano

inoltre che non si tratta della prima somministrazione del suddetto farmaco .

Dichiarano di sollevare la Scuola dell' Infanzia Paritaria "S.Maria Assunta" e il personale scolastico delegato sopra individuato da ogni responsabilità per eventuali incidenti che dovessero derivare dalla somministrazione del farmaco secondo le modalità autorizzate.

Data.....

Firma padre.....Firma madre.....