



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

Il/la sottoscritto/a ..... genitore 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.

Data.....

Firma.....