

## Autorizzazione somministrazione farmaci

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
quali genitori di \_\_\_\_\_

### DICHIARA/NO

- Che il bambino/a è sottoposto a trattamento farmacologico sulla base di idonea prescrizione medica che si allega in copia;
- che quotidianamente ed obbligatoriamente alle ore \_\_\_\_\_ deve assumere la prescritta dose di \_\_\_\_\_;
- che la dose prescritta è quantificata in \_\_\_\_\_;
- che il/la figlio/a necessita di assistenza durante la somministrazione del farmaco;
- che il dosaggio di detto medicinale e la posologia dello stesso sono indicati nell'allegata prescrizione medica.

Pertanto autorizza/no i Vecchi Lupi perché provvedano alla somministrazione del medicinale al minore e li sollevano da qualsivoglia responsabilità connessa alla somministrazione richiesta.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_