



Alla C.A. di _____

Il sottoscritto (Cognome e nome) _____, in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà legale

di (Cognome e Nome del minore) _____

nato/a a _____ il _____

Chiede

che sia somministrato al/alla minore sopra indicato/a il farmaco di cui alla certificazione medica allegata.

A tal fine

Autorizza

l'educatore alla somministrazione del farmaco indicato, sollevandolo da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico curante (Cognome, nome, numero di telefono) _____

Genitori (Cognome, nome, numero di telefono) _____

Data _____

Firma di entrambi i genitori _____



DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

Il minore _____
nato a _____ il _____

Necessita

- La somministrazione di farmaci
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto Socio Sanitario

Le indicazioni per la somministrazione sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, altre indicazioni)

durata della terapia

nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi

- È prevista l'auto-somministrazione da parte del minore dei farmaci indicati

La definizione di un piano di assistenza è richiesta per _____

Data _____

Timbro e firma del medico curante
