

## **AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

Io sottoscritto/a .....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la sezione .....

autorizza l'insegnante di sezione alla somministrazione del seguente farmaco:

nome del farmaco .....

dosaggio .....

orario di somministrazione .....

durata della somministrazione .....

modalità di conservazione .....

prescritto dal pediatra .....

Dichiaro di sollevare il personale scolastico da qualsiasi responsabilità in merito a eventuali effetti collaterali o reazioni avverse che possano derivare dalla somministrazione del farmaco, se somministrato in conformità con le istruzioni sopra indicate.

Data.....

Firma.....