



Delega alla somministrazione di farmaci

Il sottoscritto.....padre, la sottoscritta.....madre,
genitori di.....nato/a a.....il.....
frequentante

autorizzano

1. il/la sig.....nato/a a.....il.....
con mansione di.....presso

2. il/la sig.....nato/a a.....il.....
con mansione di.....presso

alla somministrazione del farmaco.....

così come da prescrizione medica del dottor.....

Il farmaco andrà somministrato secondo le modalità allegate:

.....
.....

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

Dichiarano di sollevare l'Istituto e il personale scolastico delegato sopra individuato da ogni responsabilità per eventuali incidenti che dovessero derivare dalla somministrazione del farmaco secondo le modalità autorizzate.

Firma padre.....

Firma madre.....