



## **Asilo Nido Il Giardino Dei Ciliegi**

### **Richiesta di somministrazione farmaci**

*Prima di compilare il presente modulo si prega di prendere visione di quanto previsto dalla Carta Servizi cap. 5.2 "Somministrazione farmaci"*

#### **Somministrazione continuata in caso di patologia cronica**

Io sottoscritto/a.....  
padre/madre di.....  
autorizzo le educatrici dell'asilo nido "Il Giardino Dei Ciliegi" a somministrare il seguente farmaco nelle seguenti modalità:

Farmaco:
Dosaggio:

Allego relazione del medico curante che attesta la necessità di provvedere alla somministrazione.

Data.....

In fede.....

La coordinatrice.....