



**MagicaMente**  
asilo nido - Breno

## Fondazione scuola materna "ing. E. VALVERTI"

### **COMUNICAZIONE DI AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI DA PARTE DEL PERSONALE DELL'ASILO NIDO "MAGICA...MENTE"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ invia/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di genitore/\_\_\_\_\_ del/la  
bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_

#### **D I C H I A R A**

1. di accettare la prescrizione del farmaco da parte del Pediatra come riportato nell'allegato
2. di provvedere alla consegna al personale del farmaco in confezione integra ed adeguatamente conservata e di effettuarne personalmente il controllo della scadenza
3. di sollevare le Educatrici stesse e l'Ente da ogni responsabilità non imputabile a negligenza o inosservanza.

#### **A U T O R I Z Z A**

- le Educatrici dell'Ente Asilo Nido a somministrare i farmaci prescritti dal Pediatra di Libera Scelta dr. \_\_\_\_\_ (si allega prescrizione medica). al/la bambino/a \_\_\_\_\_

Breno, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma genitore o di chi ne fa le veci)

NOTA BENE: La prescrizione medica deve avere le seguenti caratteristiche (pena la sua nullità):

- leggibilità
- essere nominativa
- essere completa di principio attivo, nome commerciale e dosaggio del farmaco
- riportare
  - o la situazione in cui va somministrata (somministrare in caso di \_\_\_\_\_)
  - o il dosaggio da somministrare e il tempo di somministrazione
  - o la via di somministrazione per via naturale (oculare, endonasale, orale, auricolare, rettale, cutanea)
  - o eventuale particolari modalità di conservazione o gestione del farmaco