



NIDO COMUNALE DI ARCO
"MILLECOLORI"

6. MODELLO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI *(facoltativo)*

Spett.le
Comune di Arco
Ufficio Politiche Sociali e Prima Infanzia
Piazza Tre Novembre, 3
38062 – ARCO (TN)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

doc. identità (tipologia) n.

codice fiscale residente a

in qualità di ☐ genitore ☐ tutore ☐ affidatario

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

doc. identità (tipologia) n.

codice fiscale residente a

in qualità di ☐ genitore ☐ tutore ☐ affidatario

del/la bambino/a

Nome e cognome

nato/a () il

essendo il/la proprio/a figlio/a affetto/a da (patologia)
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

la somministrazione, in ambito e orario di frequenza del nido, dei farmaci prescritti, secondo le dosi e i
tempi indicati nella prescrizione medica allegata¹, compilata in data dal/la
dott./dott.ssa

¹ La prescrizione deve contenere in modo chiaro:

- i dati identificativi del bambino;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione della condizione al verificarsi della quale si rende necessaria la somministrazione del farmaco;
- posologia: dosi e tempi di somministrazione;
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- modalità per effettuare una assunzione dei farmaci sicura e valida;
- durata della terapia.

Si precisa che la somministrazione del farmaco può essere effettuata anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla prescrizione medico allegata.

Arco,

Firme dei genitori o di chi ne fa le veci

.....

.....

Allegati: - prescrizione del/la pediatra

- documenti di riconoscimento dei firmatari