

## AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

I sottoscritti

Cognome ..... Nome .....

Cognome ..... Nome .....

Residenti \* in .....

Via/Piazza .....

Telefono .....

\* (indicare entrambe le residenze se diverse)

genitori di .....

preso atto dell'assoluta necessità

### AUTORIZZANO / AUTORIZZA

La somministrazione, durante il soggiorno nel Campo Estivo, dei farmaci indicati dal medico e secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

Si allega copia della richiesta di somministrazione dei farmaci firmata dal medico curante.

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Data .....

Firma dei genitori

.....

.....