**SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

|  |  |
| --- | --- |
| Titolare | Mariadonata Gusmaroli |
| Indirizzo | Via Donizetti 3/F Seriate (BG) |
| Telefono | 035/296669 |
| Fax |  |
| Email | nidofilidiseta@gmail.com |
| Sito internet | www.filidiseta.it |

l sottoscritti …………………………………………………………………………………………….

genitori di……………………………………………………………………………………………….

delegano le educatrici dell’Asilo Nido “Fili di Seta” all’eventuale somministrazione di farmaci in base alle prescrizioni e alle indicazioni predisposte dal medico curante.

Ci si riserva comunque la possibilità di recesso con preavviso massimo di una settimana qualora le condizioni organizzative o altri impedimenti rendano impraticabile il sicuro esercizio della delega stessa. In questi casi verrà comunicata per scritto nei tempi citati la decisione di recesso ai genitori.

In fede

…………………………………………….

…………………………………………….