

## SOMMINISTRAZIONE FARMACI

SI AUTORIZZA

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE  
NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO DI FREQUENTAZIONE DEL CENTRO  
ESTIVO AL MINORE \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario: \_\_\_\_\_

Durata della terapia: dal \_\_\_\_\_ - al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra