

NIDO INTEGRATO

**RICHIESTA DEI GENITORI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO DI FREQUENZA AL NIDO**

Io sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………

residente a …………………………………………………………………………………………...

Indirizzo……………………………………………………………………………………………….

 Genitore di…………………………………………………………………………………………...

Richiedo al responsabile della struttura educativa di praticare a mio/a figlio/a per il periodo dal…………………………………….. al……………………………………., le prestazioni sanitarie citate nelle prescrizioni del medico curante Dr. ………………………………………. che qui allego e secondo la modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono espresse.

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà:

……………………………………………………………… Tel…………………………………….

Data…………………………… In fede

 …………………………………………………

N. B. La domanda verrà inoltrata all’asl di competenza e solo dopo responso positivo dell’asl potranno essere applicate dal nido le prestazioni sanitarie richieste.