

Fac-simile per il medico

CERTIFICAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

All'attenzione degli educatori dell'Asilo Nido/ Centro Gioco  
del Comune di Firenze\_\_\_\_\_

lì\_\_\_\_\_

Certifico che il paziente \_\_\_\_\_

nato il\_\_\_\_\_é affetto da patologia cronica pertanto deve assumere:

- Nelle ore di permanenza presso il servizio il farmaco\_\_\_\_\_  
alle ore\_\_\_\_\_ alla dose di \_\_\_\_\_  
per via \_\_\_\_\_ continuativamente per il periodo  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  
- In caso di \_\_\_\_\_  
il farmaco \_\_\_\_\_ alla dose di \_\_\_\_\_  
per via \_\_\_\_\_

Tale somministrazione é necessaria ed indispensabile per la cura della malattia da cui il bambino é affetto e l'impossibilità della sua assunzione gli impedirebbe la frequenza all'Asilo Nido/ Centro Gioco.

In fede

Timbro e firma del pediatra

Da consegnare a cura dei genitori all'educatore referente

