

AUTORIZZAZIONE AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI SPECIFICI

Convitto annesso ITA Alanno a.s. _____

PER IL CONVITTORE : _____

Il/la sottoscritto/a _____ cell. _____

in qualità di genitore del convittore sopraindicato, a seguito di PRESCRIZIONE MEDICA*
del medico curante/specialista e, comunque, assumendosi piena responsabilità in merito

AUTORIZZA

il proprio figlio alla **auto-somministrazione** dei seguenti farmaci specifici:

* da allegare alla seguente autorizzazione

Alanno,

in fede