# Allegato 3 – Autorizzazione alla somministrazione delle terapie

Il/La sottoscritto/a

Cognome …………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

Nome ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nato/a a ………………………… il ……………………………… Codice Fiscale …………………………………………………….

in qualità di:

* Familiare di riferimento
* Legale rappresentante
* Amministratore di sostegno

preso atto delle modalità organizzative del Servizio ………………………………………………………………..……..

AUTORIZZO

il suddetto Servizio a somministrare al/alla Sig./Sig.ra …………………………………………………..…………….……,

Nato/a a ………………………… il ……………………………… Codice Fiscale …………………………………………………….,

Ospite del suddetto Centro Diurno, le seguenti terapie, anche da parte di personale non sanitario, secondo il Piano di seguito indicato, impegnandomi a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FARMACO | POSOLOGIA | ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE | SCADENZA DELLA SOMMINISTRAZIONE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Allega alla presente la prescrizione medica in corso di validità, indicante la tipologia di farmaco, la posologia, l’orario di somministrazione, la durata e la scadenza della somministrazione.

Luogo e data

……………………………………………….

 Il Sottoscrittore

 ………………………………………………………………