



### **Autorizzazione alla somministrazione del farmaco antipiretico**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  genitore  tutore  
di \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante l'Asilo Nido \_\_\_\_\_ per l'a.s. \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZA**

sotto la propria responsabilità la somministrazione del farmaco antipiretico  
TACHIPIRINA al/ la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_  
in caso di febbre superiore a 38° e in mancanza d'immediata mia reperibilità.  
 di aver effettuato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla  
responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del  
codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per informativa trattamento dati vedasi link  
<https://www.comune.venezia.it/it/content/informativa-trattamento-dati-personalinido>

\_\_\_\_\_