



CONSEGNA TERAPIA FARMACOLOGICA

Consegna della terapia farmacologica del/della minore per sua assenza dalla struttura dovuta a:

☐

Rientro in famiglia

con assenza programmata dal _al _

☐

Altri motivi educativi/sanitari/familiari

con assenza prevista dal _al _

(ovvero) con tempistica indefinita: ☐

Io sottoscritto/a _____, in qualità di _____, in ordine all'assenza del/della minore _____ dalla Comunità Educativa a dimensione familiare "EIDOS" per il motivo sopra indicato

DICHIARO CHE

a garanzia della continuità dei trattamenti farmacologici prescritti dal medico al/alla minore, mi viene consegnata la terapia farmacologica riportata nella tabella che segue e che essa è conforme alla prescrizione medica sia in quanto a tipologia che a quantitativi, formati e completezza della prescrizione stessa.

NOME FARMACO	QUANTITATIVI <i>(indicare anche il formato).</i>

Il Dichiarante

Data
