

**REGISTRAZIONE INCONTRO DI FORMAZIONE\INFORMAZIONE
SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE,
EDUCATIVO O SCOLASTICO**

Da rilasciare a firma del personale AUSL

Data _____ dalle ore _____ alle ore _____

Luogo della formazione\informazione :

Nominativo del minore affetto da patologia cronica a cui deve essere somministrato il farmaco :

Farmaco oggetto della formazione \informazione

Nominativi e firme del personale resosi disponibile alla somministrazione e presente all'incontro odierno .

Nominativo e mansione \ruolo	Firma

Firma del personale sanitario che ha effettuato la formazione\informazione

- _____
- _____