

**PUNTO SALUTE
A.S.F.M.C.**

Ambulatorio infermieristico

Lu/me/ve dalle 9,00 alle 10,30

Ma/gio dalle 8,30 alle 10,30

Tel. 02/66305228

Data

Il/la sottoscritto/a Dottor/ssa

AUTORIZZA

L'infermiera a somministrare

al sig/ra.....

Il farmaco.....

Per via

- Intramuscolare
- Sottocutanea
- Endovenosa
- Topica
- Orale
- Altro.....

Dosaggio.....

Per giorni.....

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO