



S.S.D. SER.D.

DICHIARAZIONE DI AFFIDO

DICHIARAZIONE DI AFFIDO

Si dichiara che il Sig. _____ nato a _____
il _____ è in trattamento con _____
presso questo S.C. Ser.D.

Sulla base della legislazione vigente si procede all'affido personale della dose di terapia sostitutiva della durata di
giorni _____ a _____ (eventuale grado di parentela e numero di
carta d'identità: _____)

DATA	FARMACO	QUANTITA'

L'affidatario si impegna a custodire il farmaco in maniera idonea, tenendolo fuori dalla portata dei bambini per i quali la somministrazione costituirebbe serio pericolo di vita.

Il/la sottoscritto/a si assume inoltre ogni responsabilità sulla osservanza degli impegni di cui sopra.

L'AFFIDATARIO

L'OPERATORE DEL SER.D.
