



LETTERA DI IMPEGNO

M 001/2014

AUTORIZZAZIONE FARMACI

Il sottoscritto nome e cognome

Familiare di (Nome e cognome utente)

Residente presso la Residenza Protetta "Benincasa" di Ancona:

- AUTORIZZO** il Servizio Infermieristico della struttura a provvedere alla fornitura periodica e all'acquisto dei farmaci impegnandomi a depositare mensilmente e tutte le volte in cui sarà necessario un fondo cassa. La Struttura si impegnerà a rendicontare tali spese.

- NON AUTORIZZO** il Servizio Infermieristico della struttura a procedere alla fornitura periodica dei medicinali di cui il mio familiare necessita in quanto provvedo personalmente dietro ritiro dell'impegnativa medica presso la Struttura e consegna del relativo farmaco al Servizio Infermieristico nei tempi richiesti.

Lì / /

Firma

.....