



**AUTORIZZAZIONE PER L' UTILIZZO A RICHIESTA**  
**DI AREOSOL CON L' UTILIZZO DI FARMACI**  
**( NO SOLO FISIOLOGICA )**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO**       **NON AUTORIZZO**

In fede \_\_\_\_\_

Data .....