DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE FARMACI ED INTEGRATORI

Io sottoscritto ……..comunico che, nei 15 giorni che precedono la data odierna, ho assunto i seguenti farmaci ed integratori alimentari (*per gli integratori, in aggiunta al nome del prodotto, indicare anche la ditta produttrice)*:

FARMACI O INTEGRATORI ALIMENTARI ASSUNTI	DITTA PRODUTTRICE

Compilato il ……..

Firma

…..……

Per il minore firma di chi esercita la potestà parentale