**Allegato C/2**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

Immagine che contiene testo

Descrizione generata automaticamente    Immagine che contiene testo

Descrizione generata automaticamente

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

*Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I Grado*

87010 TERRANOVA DA SIBARI (CS)

*Tel. 0981/957354 - FAX 0981/955092 – Via Orto S. Antonio Cod. Fisc.: 94006030780 –*

*Cod. Mecc.CSIC842008 Sito web:* <http://www.ic terranovadasibari.edu.it/>

*Email:* [csic842008@istruzione.it-](mailto:csic842008@istruzione.it-) Codice Univoco UFL1E5

In data ...................................... alle ore ..........

Il/la sig./ra …...............................................................................................

genitore dell'alunno/a ..........................................................................................................................

frequentante la classe ......... della scuola ..........................................................................................

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

............................................................................................................

da somministrare al/alla bambino/a in caso di …............................................................................

nella dose .............................................. come da certificazione medica consegnata in segreteria e

in copia allegata alla presente, rilasciata in data …............ dal dott. ..................................................

Il genitore:

autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da

ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale

sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di

trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

......................................... ........................................

Luogo e Data ................................ il .........................

Il genitore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le insegnanti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_