

**AII. F**

Al Dirigente Scolastico

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE  
INDISPENSABILE O SALVAVITA**

Nome Alunno/a .....

Classe .....

In data ..... alle ore ..... la/il Sig .....genitore  
dell'alunno/a,.....  
frequentante la classe ..... / sez. ....della scuola .....,  
consegna:

Al sig. /sig.ra.....  
insegnante di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale .....  
..... da somministrare al bambino/a  
ogni giorno alle ore..... nella dose.....  
oppure 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.

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

.....  
.....

Il genitore 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.

Data, .....

I genitori

.....

I Docenti

.....