

Ministero dell'Istruzione

Ministero dell'Università e della Ricerca

 

***Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio***

 **ISTITUTO COMPRENSIVO “LOREDANA CAMPANARI”**

Via Monte Pollino, 45 - 00015 Monterotondo (RM)

Distretto 32 – Ambito 12- Cod. Mecc. RMIC88700G – Cod. Fiscale 97198510584

 0690085460   fax 069004032 rmic88700g@istruzione.it

**Allegato B/2**

**Verbale per consegna medicinale salvavita**

In data .......... alle ore .......... la/il sig. …...............................................................................................

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

frequentante la classe ......... della scuola .......................................................................................... consegna alle insegnanti di classe una confezione nuova ed integra del medicinale ............................................................................................................

da somministrare al/alla bambino/a in caso di1 …............................................................................ 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

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

1 Indicare l'evento

 Il Dirigente Scolastico

 *Luca Rinaldo Villani*

firma autografa omessa ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.Lvo n.39/93