



Istituto Comprensivo "Gian Battista Puerari"

Via IV Novembre, 34 - 26048 Sospiro CR

Telefono: **0372 623476** -

Fax: **0372 623372**

mail: cric81500c@istruzione.it

pec: cric81500c@pec.istruzione.it

Sito Istituto: www.icsospiro.edu.it

Modulo 4d

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data..... alle ore il/la Sig./Sig.ra.....,
genitore dell'alunno/a..... frequentante la
classedella Scuola....., consegna agli insegnanti
di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....
..... da somministrare al/alla bambino/a in caso
di(1)..... 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 qualvolta 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

i docenti

.....

(1) indicare l'evento

	<p>Istituto Comprensivo "Gian Battista Puerari" Via IV Novembre, 34 - 26048 Sospiro CR Telefono: 0372 623476 - Fax: 0372 623372 mail: cric81500c@istruzione.it pec: cric81500c@pec.istruzione.it Site Istituto: www.icsospiro.edu.it</p>
---	---

Modulo 4d

VERBALE PER RESTITUZIONE FARMACO

In data, alle ore, la/il Sig.ra/Sig., genitore dell'alunno/a frequentante la sezione/classe della scuola riceve dagli insegnanti di sezione/classe un flacone/confezione del **farmaco** consegnato in precedenza:

.....

Luogo e data

Il/I genitore/i	Il/I docente/i