

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la/il sig. ...  
\_\_\_\_\_ genitore/tutore esercente la responsabilità  
genitoriale sull'alunna/o \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola

dell'infanzia                       primaria                       secondaria di primo grado

dell'IC Nettuno II, consegna alla scuola nelle mani del sig. \_\_\_\_\_ una  
confezione                      nuova                      ed                      integro                      del                      medicinale

\_\_\_\_\_ da somministrare all'alunna/o \_\_\_\_\_ come da  
certificazione medica consegnata in segreteria Il farmaco verrà conservato, conformemente alle  
prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato:

- nel seguente luogo: \_\_\_\_\_
- con le seguenti modalità \_\_\_\_\_

Il genitore/tutore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il  
medicinale sarà terminato o scaduto; inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione  
di trattamento.

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

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

Nettuno, li \_\_\_\_\_

FIRMA del genitore/tutore sig./sig.ra \_\_\_\_\_ (nome per esteso)  
\_\_\_\_\_ (firma)

FIRMA del personale Scolastico Ricevente sig./sig.ra \_\_\_\_\_ (nome per esteso)  
\_\_\_\_\_ (firma)