

*MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA*

**ISTITUTO COMPRENSIVO LUIGI NONO MIRA**

**Scuole dell’infanzia** - **Scuole primarie** - **Scuole secondarie I grado**

Via E. Toti, 37- 30034 Mira (VE) tel. 041.420355

 e-mail: VEIC868002@istruzione.it – posta certificata: VEIC868002@pec.istruzione.it

Cod. Scuola VEIC868002 – Codice fiscale 90164460272 – Codice Univoco Fatturazione UF15TU

# Allegato B/2

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

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 [[1]](#footnote-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 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 [↑](#footnote-ref-1)