

VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE
INDISPENSABILE / SALVAVITA

SCUOLA.....

In data _____ alle ore _____ Il Sig./ra _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

consegna al Referente/i individuato/i dal D.S. ,che firma/firmano in calce,

n.1 confezione nuova,integra, in corso di validità,del medicinale/i :



come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente,rilasciata
dal Dott. _____ in data _____

SI IMPEGNANO

a rifornire la scuola di una nuova confezione con i requisiti suddetti, ogni qual volta il medicinale
sarà terminato e comunicare tempestivamente ogni variazione del trattamento.

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

PLS Dott. _____

GENITORI _____

REFERENTE _____ REFERENTE _____