



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

	Istituto Comprensivo "Via F. Laparelli, 60"	00176 ROMA- Via Laparelli 60 XIV Distretto tel. 0624419571, 0624402590 fax 0624411119 codice meccanografico: rmic8ck00b e-mail: rmic8ck00b@istruzione.it	
---	--	---	---

VERBALE PER CONSEGNA FARMACO

In data alle ore il sottoscritto/a.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe sez plesso.....
consegna agli insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale
da somministrare all'alunno/a in caso di 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 civile e penale derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, avendo cura di controllarne sempre la data di scadenza. Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Padre..... Madre.....

I genitori

.....
.....

Il docente

.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Marilena Pera

(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)