MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo "DA VINCI - RODARI" di Latina
Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo Grado

VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA

(da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell'alunno per assunzione al protocollo)

In data .....alle ore ..... l'Ins./Il Coll. Scol. ……..... ..... dell'alunno/a…….. frequentante la classe……... sez.…… della Scuola di……....riconsegna/no al/ai Genitore/i Sig./ra/Sigg ..... . una confezione di medicinale .....depositata in data..... (vedi modello b) nel caso di somministrazione d'emergenza come da documentazione agli Atti.

(luogo)…….. , (data)……...

FIRMA DELL'INCARICATO

_____

Il/I Genitore/i Sig./S.ra/Sigg. ……

Constata l'integrità della confezione, ritirano il medicinale.

(luogo) ,……. (data) ……

Il/I Genitore/i L'INCARICATO

_____ _____

_____