

## VERBALE RESTITUZIONE MEDICINALE SALVAVITA

(a cura del genitore/ tutore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a..... genitore .....dell'alunno.....  
.....frequentante la classe.....della scuola ..... consegno agli operatori  
scolastici il farmaco salvavita.....da somministrare al/all' alunna /o  
in caso di..... nella dose..... da certificazione medica consegnata in  
segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data .....dal Dott. ....  
e valida per il periodo dal .....al .....

Il genitore:

**provvedera 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/ tutore è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data .....il .....

Il Genitore

.....

.....