

**VERBALE RESTITUZIONE MEDICINALE SALVAVITA**  
(A cura del genitore/tutore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ 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:

**Provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunichera 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_