ISTITUTO COMPRENSIVO *MARCO POLO*
Via Luigi Fabbri, 1 - 60044 **FABRIANO** (AN)
Tel. 0732 21971 Fax 0732 4797 C.F. 90016680424
sito web: ***icmpolo.edu.it*** e-mail: ***anic84600e@istruzione.it*** PEC: ***anic84600e@pec.istruzione.it***

VERBALE CONSEGNA FARMACO SALVAVITA

La sig. _____ e il sig. _____, in qualità di genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____ dell'IC "Marco Polo", in data _____ alle ore _____, consegnano alla docente coordinatrice di classe una confezione nuova e integra del farmaco_____ da somministrare all' alunno/a in caso di _____, nella dose prescritta come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data _____ dal dott. _____.

Il farmaco sarà riposto _____
_____

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- si impegnano a provvedere a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni volta che il farmaco starà per terminare e/o sarà prossimo alla scadenza; inoltre comunicheranno immediatamente alla scuola ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:
mamma: _____ papà : _____

Fabriano, ____/_____/_____

I genitori

_____
_____

La docente di classe

_____