

VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE

- Agli Atti,

- Fascicolo Personale dell'alunno

In data _____ alle ore _____ l'insegnante/il Collaboratore Scolastico
_____ dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola

☐ Infanzia

☐ Primaria

☐ Secondaria

di _____

ricevuta/no al/ai Genitore/i/affidatari/tutori/

Sig./ra/Sigg. _____

una confezione di medicinale _____ depositato in a
scuola per la somministrazione d'emergenza come da documentazione agli Atti.

Luogo e data _____, _____

Firma dell'incaricato (docente/personale ATA) _____

Il/I Genitore/i/tutori/affidatari Sig./Sig. ra/Sigg. _____,
constatata l'integrità della confezione, ritirano il medicinale.

Luogo e data, _____, _____

Il/I Genitore/i _____

L'incaricato _____