



Allegato 2

VERBALE DI RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA

Al fascicolo personale dell'alunno _____

Al genitore dell'alunno _____

Oggetto: *Verbale di restituzione di farmaco salvavita/indispensabile*
(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

In data _____ alle ore _____

l'incaricato (docente / collaboratore scolastico / assistente amministrativo)
_____ riconsegna al/ai Genitore/i /

esercenti la potestà genitoriale Sig./ra/Sigg. _____

dell'alunno/a _____ frequentante la classe
_____ sez. _____ della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di I° grado
_____ di _____:

- una confezione di medicinale _____
depositato in data _____ con scadenza _____;
- una confezione di medicinale _____
depositato in data _____ con scadenza _____;

nel caso di somministrazione d'emergenza come da documentazione agli Atti.

Luogo e data _____, ___/___/_____

Firma dell'incaricato

Il/I Genitore/i / esercenti la potestà genitoriale Sig./ra/Sigg. _____

Constata l'integrità della confezione, ritira/ritirano il/i medicinale/i.

Luogo e data _____, ___/___/_____

Firma del/i genitore/i

Firma dell'incaricato
