



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
*Don Lorenzo Milani*  
**Viale delle Querce (Parco degli Aranci) - CASERTA**  
**TEL. 0823 / 372539**  
**Codice Univoco Ufficio: Uff\_e Fattura PA 4DQEOA**



**DISTRETTO SCOLASTICO N° 12**

**AMBITO CE 7**

Codice Meccanografico: CEIC8A9004

E-MAIL: [ceic8a9004@istruzione.it](mailto:ceic8a9004@istruzione.it)

[ceic8a9004@pec.istruzione.it](mailto:ceic8a9004@pec.istruzione.it)

Codice Fiscale: 93117010616

Sito Web: [icdonmilanicaserta.edu.it](http://icdonmilanicaserta.edu.it)

ALLEGATO n.7

**VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data ..... Alle ore..... Il sig./ra .....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe..... sez ..... di questa scuola

consegna al Referente/i individuato/i dal D.S. , che firma/firmano in calce

n°..... confezione nuova, integra, in corso di validità,del medicinale.....

n°..... confezione nuova, integra, in corso di validità,del medicinale.....

da somministrare al l'alunno/a come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data..... Dal Dott.....in caso di ..... nella dose .....

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità, civile e penale derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederanno a rifornire tempestivamente la scuola di una nuova confezione,nel rispetto dei suddetti requisiti ogni qual volta il medicinale sarà terminato e comunicheranno immediatamente ogni variazione di trattamento.
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente reperibile ai seguenti numeri telefonici :

N.1 ..... N.2 .....

N.3 PLS/MMG Dott. ....

Genitori

Referenti

.....

.....

.....

.....