



I.S.I.S. "L. da Vinci – G.R. Carli- S. de Sandrinelli
Dirigenza e Sede amministrativa via Paolo Veronese, 3 - 34144 Trieste - Tel. 040 309210 – 040 313565
Sede di Via A. Diaz, 20 – 34124 Trieste Tel. 040 300744 - C.F. 80020660322
e-mail: tsis001002@istruzione.it - tsis001002@pec.istruzione.it - Sito web: www.davincicarli.edu.it

Allegato B/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data alle ore la/il sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....
da somministrare al/alla ragazzo/a in caso di¹
nella dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e
in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
-

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

.....

Luogo e Data il

Il genitore

I docenti

.....

.....

¹ Indicare l'evento