**( ALL B2 )**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA E/O INDISPENSABILE**

(a cura del genitore; da consegnare in segreteria / Dirigente Scolastico)

Il/la sotttoscritto/a....................................................................................................… genitore dell'alunno……………………………………………………….frequentante la classe …………….. della scuola…………………………………………………………. consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita e/o indispensabile (*indicare nome del farmaco*)……………………………………………………………….. ..........................................…..…………………………. da somministrare al/alla alunno/a in caso di ……………………...…....................................... nella dose, e 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

.............................................…