**(ALLEGATO F)**

**VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA**

**(da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell’alunno per assunzione al protocollo)**

In data…………………………………. alle ore…………………………... l’Ins./Il Coll. Scol.……………………………………………….

dell’alunno/a……………………………………………………... frequentante la classe…………... sez. ……………. della Scuola …………………………………………………………...di ………………………………………………………………………………………….

riconsegna/no al/ai Genitore/i Sig./ra/Sigg……………………………………………………………………………………………. una confezione di medicinale………………………………………………………………………………………... depositato

in data…………………………………………….. (vedi modello B) nel caso di somministrazione d’emergenza come da documentazione agli Atti.

(luogo)………………………………………….. , (data)…………………………...

FIRMA DELL’INCARICATO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/I Genitore/i Sig./S.ra/Sigg. ……………………………………………………………….

Constata l’integrità della confezione, ritirano il medicinale.

(luogo) ,…………………………………………………. (data) ……………………………………

 Il/I Genitore/i

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 L’INCARICATO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_