**ALLEGATO C/1**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

Lo/la Studente/ssa maggiorenne ...........................................................................................................................

frequentante la classe …............ della scuola …....................................................................................

oppure

Il genitore / tutore dello studente/ssa ................................................................................................................. frequentante la classe …............ della scuola …....................................................................................

In data …...................... alle ore ….............consegna al seguente personale scolastico ……………………………………. un flacone nuovo ed integro del medicinale:

…............................................................................................................................................................................................ da somministrare allo/a studente/studentessa minorenne ( a se stesso, se lo studente è maggiorenne) ogni giorno alle ore …...................................................................................oppure in caso di[[1]](#footnote-0) ….................................................................................................................

nella dose …............................................................................................................................................................................................

come da certificazione medica consegnata in ufficio didattica.

Il genitore/tutore/studente maggiorenne autorizza il seguente personale della scuola …...………………………... a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

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

Il genitore/tutore/studente maggiorenne 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.

Milano , lì ….........................

IL GENITORE / TUTORE / STUDENTE MAGGIORENNE Il PERSONALE SCOLASTICO

1. Indicare l'evento [↑](#footnote-ref-0)