**Allegato D**

(da consegnare al DS)

**VERBALE 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 bambino/a in caso di …............................................................................ 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 o scaduto;
* comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento;
* prende atto che il/i farmaco/i verrà conservato (indicare il luogo) ............................................ ........................................................, che sulla/e confezioni è stato apposto ben leggibile il nome dell’alunno/a ................................................. e che riporta la data di scadenza del ......................................... .

Recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità

Genitori ................................................................................

Medico curante ……………………………………...........

................................ il ........................

Il genitore Le insegnanti

............................................................ ..............................................

Il coordinatore di plesso

.................................................