



**MI - USR LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI OLEVANO ROMANO**  
PIAZZA KAROL WOJTYLA, 1 - 00035 OLEVANO ROMANO (RM)  
Tel. 069564021 069564039 Fax. 0695609184 - Codice Fiscale: 93008700580  
e-mail:rmic8am006@istruzione.it - icolevanoromano.edu.it

Allegato B2

## 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 bambino/a  
in caso di<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ 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 genitore

Gli insegnanti

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare l'evento