Nome alunno: _____ Classe/Sez. _____ Sez. __ SEDE __----_____

VERBALE RICONSEGNA FARMACO[1]

In data …….. alle ore ……. il docente incaricato della somministrazione del farmaco[2] ……
RICONSEGNA ☐ Ai Genitori dell'alunno/a ……. Oppure ☐ All'Esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a ……
il farmaco prescritto dal Medico[3] ……. NON UTILIZZATO …….[4] rilevando la sua integrità
prescritto dal medico …….. e indicato nella certificazione medica, in quanto non si è verificato,
nell'a. s. 20……/20….., l'evento predetto nei confronti dell'alunno/a ……
nato/a a ……..……..……il …….. residente a ……..……..…… Prov. ……
C.A.P. ……..……in via …… N. ……..……
iscritto/a alla sez./classe ……. della scuola……..…….. (specificare l'ordine di scuola)
plesso di …….……

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI[5]	FIRMA DI TUTTI I DOCENTI INCARICATI

[1] Da consegnare presso gli uffici di segreteria;
[2] Come risulta dal Piano di Intervento;
[3] Indicare il nome del medico;
[4] Indicare il nome del farmaco;
[5] In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori;