



# ISTITUTO COMPRENSIVO "G. CARDUCCI"

Viale Indipendenza, 24 – 93017 – San Cataldo (CL)  
Tel. 0934 586261 – Cod. Mecc. CLIC83400B – C.F. 92076690855  
Email: [clic83400b@istruzione.it](mailto:clic83400b@istruzione.it) - Pec: [clic83400b@pec.istruzione.it](mailto:clic83400b@pec.istruzione.it)  
Sito web: <https://www.carduccisancataldo.edu.it/>



## Allegato B/2

### VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data ..... alle ore ..... i Genitori: Sig. ....  
Sig. ....

dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola ..... consegnano  
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. ....

I Genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- 

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

.....

Luogo e Data ..... il .....

Firma Padre .....

Firma Madre.....

**\*Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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\***

**\*nel caso in cui firmi un solo genitore**

Le insegnanti

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