



Istituto Comprensivo "Solesino-Stanghella"

Scuola Primaria e Secondaria di primo grado
Solesino – Granze – Stanghella – Boara Pisani



Cofinanziato
dall'Unione europea

Erasmus+
Arricchisce la vita, apre la mente.

VERBALE DI RESTITUZIONE FARMACO

In data _____ alle ore _____

l'Insegnante/il Collaboratore Scolastico _____

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____

della Scuola Primaria Secondaria di _____

riceve al/ai Genitore/i - Tutori Sig./ra/Sigg. _____

una confezione di medicinale _____ consegnato all'Istituto in caso di
somministrazione come da documentazione agli Atti.

Luogo _____ data _____

Firma dell'incaricato _____

II/I Genitore/i- Tutore/i Sig./Sig.ra/Sigg. _____,
constatata l'integrità della confezione, ritira(no) il medicinale.

Luogo _____ data _____

II/I Genitore/i – Tutore/i _____

L'incaricato _____

[Si raccomanda all'inizio del successivo anno scolastico di rinnovare la richiesta di somministrazione farmaci compilando il Modulo di Richiesta Somministrazione Farmaci scaricabile dal sito dell'Istituto (Mod. D1, compilazione a cura del genitore e Mod. D2, compilazione a cura del medico curante)]

Una copia del presente documento va consegnata al ritirante.