

 	 <p><b>Ministero dell'Istruzione e del Merito</b>  <b>Istituto Comprensivo "Primo Levi"</b>  Via Palaverta, 69 – 00047 MARINO – Loc. Frattocchie (RM)  Tel./Fax 0693540044 - C. F. 90049500581 – C.U: UF5D2G  RMIC8A7009 – Distretto 40 – Ambito XV  Email: <a href="mailto:rmic8a7009@istruzione.it">rmic8a7009@istruzione.it</a> -  <a href="mailto:rmic8a7009@pec.istruzione.it">rmic8a7009@pec.istruzione.it</a>  Sito web: <a href="https://comprensivoprimolevi.edu.it">https://comprensivoprimolevi.edu.it</a></p>	 
---	---	--

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "Primo Levi" di Marino

**Allegato 3**

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

In data ..... alle ore ..... la/il sig..... genitore dell'alunno/a ..... frequentante la classe ..... del plesso ..... consegna nelle mani di..... una confezione nuova ed integra del farmaco ..... da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata. 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 comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Firme

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori \* .....

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

**Si allega:**

copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

luogo e data, .....