***All. F***

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

**(DAL SECONDO ANNO DI CONSEGNA)**

(dal secondo anno di consegna del farmaco, senza variazione della terapia rispetto al precedente anno scolastico)

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a....................................................................…. genitore dell'alunno…………………………..……………………………………….frequentante la classe………………………… della scuola .................................... consegna agli operatori scolastici il farmaco salvavita ..................................................da somministrare all'alunno/a in caso di……………………... …....................................… nella dose...........................………………………………………...............… secondo il piano di azione inviato agli Uffici di segreteria di codesto istituto nell’a.s. ……………………. con protocollo ……………………………………………………………………….. Si allega alla presente certificazione medica, rilasciata in data ………………………….............. dal Dr. ..............................…………...……………., attestante che nessuna variazione è stata effettuata in merito alla somministrazione del farmaco salvavita rispetto all’a.s. precedente.

Il genitore:

***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 ................................, .........................................

I genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_