



**ISTITUTO COMPRESIVO
"G. Falcone - P. Borsellino"**
Via Sicilia n.2 - 93013 Mazzarino (CL)

Tel 0934381252 – C.F. 90012920857
Email: clic81600t@istruzione.it - clic81600t@pec.istruzione.it
www.istitutocomprensivomazzarino.edu.it



Regione Siciliana

Allegato 7

VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA

(da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell'alunno per assunzione al protocollo)

In data _____ alle ore _____ l'Insegnante _____

dell'alunno _____ frequentante la classe _____ sez. ____ della

Scuola _____

riconsegna/no al/ai Genitore/i Sig./ra/Sigg. _____

una confezione di medicinale _____ depositato in data _____

(vedi **Allegato 6**) nel caso di somministrazione d'emergenza come da documentazione agli

Atti. (luogo) _____, (data) _____

FIRMA DELL'INCARICATO

Il/I Genitore/i Sig./S.ra/Sigg. _____

Constata l'integrità della confezione, ritirano il medicinale.

(luogo) _____, (data) _____

Il/I Genitore/i L'INCARICATO