



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA  
DELLA RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
 Istituto *Comprensivo Statale*  
*Scuola Infanzia – Primaria – Secondaria di primo grado*  
**Montalto di Castro (VT)**  
 Via G. Cesare, s.n.c. – CAP 01014 ☎ 0766/870174  
[vtic805005@pec.istruzione.it](mailto:vtic805005@pec.istruzione.it)  
 ✉ [vtic805005@istruzione.it](mailto:vtic805005@istruzione.it)



**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola ..... consegna  
 alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da somministrare  
 al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ..... nella dose ..... come da certificazione  
 medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott.  
 .....

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, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

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

Il genitore

Le insegnanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



