



Distretto Scolastico n. 15  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE RENDE CENTRO  
Via D. Vanni, 43 - 87036 Rende (Cs) ☎ tel. e fax 0984 – 443004  
e-mail [csic89000n@istruzione.it](mailto:csic89000n@istruzione.it) - web: [www.icrendecentro.gov.it](http://www.icrendecentro.gov.it)  
C.F. 80004280782 – Cod. mecc. CSIC89000N

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data ..... alle ore ..... Il/La 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 .....

I genitori

.....

.....

I docenti

.....

.....

.....

.....