



**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITà E DELLA RICERCA**

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON MILANI”**

**Via Belisario Corenzio*,* 46 – 84129 SALERNO tel. 089753850 – fax 0897266086**

C.F. 95182810655 – Codice meccanografico SAIC8B600G

e-mail PEO: saic8b600g@istruzione.it e-mail PEC: saic8b600g@pec.istruzione.it

**VERBALE RICONSEGNA FARMACO SALVAVITA**

**A.S…………….**

In data…………il Docente……………

**RICONSEGNA**

Al genitore…………………………dell’alunno/a……………………

 frequentante la classe………………sez……………………. dell’Istituto Comprensivo Statale “Don Milani”, plesso…………………………….

Il farmaco…………………………………in confezione integra, così come consegnata dalla famiglia alla scuola, in quanto, nel corso dell’anno scolastico, non né è stata necessaria la somministrazione.

Data Firma del docente

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

 Firma del genitore

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