

# Istituto Comprensivo "Alessandra Siragusa "



M.I.U.R.



Unione Europea

Via Ammiraglio Umberto Cagni n° 40-42 90146  
Palermo Tel. 0916711192  
Codice Fiscale: 97382190821  
Codice Meccanografico: PAIC8BP00T  
e-mail: [paic8bp00t@istruzione.it](mailto:paic8bp00t@istruzione.it)  
posta certificata: [paic8bp00t@pec.istruzione.it](mailto:paic8bp00t@pec.istruzione.it)  
Sito web: [www.ddalessandrasiragusa.edu.it](http://www.ddalessandrasiragusa.edu.it)



Regione Siciliana

(modello F)

## VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA (da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell'alunno per assunzione al protocollo)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ l'Ins./Il Coll. Scol. \_\_\_\_\_  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
riconsegna/no al/ai Genitore/i Sig./ra/Sigg. \_\_\_\_\_ una  
confezione di medicinale \_\_\_\_\_ depositato in  
data \_\_\_\_\_ (vedi modello b) 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_