Allegato 7

VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA/ INDISPENSABILE
(da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell'alunno)

In data ___/___/_____ alle ore _____, l'Insegnante/ il Collaboratore Scolastico _____, dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____ del Liceo Artistico Statale "Michelangelo Buonarroti" di Latina, riconsegna al/ai Genitore/i - Affidatari, Sig./Sig.ra_____, una confezione di medicinale _____ depositato in data ___/ ___/ _____ nel caso di somministrazione d'emergenza come da documentazione agli Atti.

Luogo _____, data _____

Firma dell'incaricato
_____

Il/I Genitore/i Sig./Sig.ra/Sigg. _____
_____, constatata l'integrità della confezione, ritira/ritirano il medicinale.

Il/I Genitore/i

_____

L'Incaricato

_____