



Via Tibaldi, 70  
10079 Mappano (TO)  
E-Mail: [toic860003@istruzione.it](mailto:toic860003@istruzione.it)  
PEC: [toic860003@pec.istruzione.it](mailto:toic860003@pec.istruzione.it)  
Web: <http://www.icmappano.edu.it>  
Tel: 0112222144 - Fax: 011/2621547  
C.F. 92028850011

1/2

**Allegato C/2**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data ..... alle ore ..... i Genitori: Sig. ....

Sig. ....

dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola ..... consegnano  
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.  
.....

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

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

Firma Padre .....

Firma Madre.....

**\* Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori”**

**\* nel caso in cui firmi un solo genitore**

Le insegnanti

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