

**Verbale di restituzione farmaco indispensabile alla famiglia**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
i sottoscritti (Cognome Nome) \_\_\_\_\_  
in qualità di genitori/tutori dello/a alunno/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
che frequenta la sezione/classe \_\_\_\_\_ del Plesso \_\_\_\_\_  
ritira/no dal/gli Insegnante/i \_\_\_\_\_ una confezione del medicinale indispensabile  
\_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ depositato a scuola in data \_\_\_\_\_  
come da documentazione gli Atti, impegnandosi a fornire la scuola di una nuova confezione integra del  
medicinale.

Firma Genitore/tutori \_\_\_\_\_

-----  
Nel caso firmi un solo genitore/tutore

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, 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”.

Firma genitore/tutore \_\_\_\_\_

L’/gli Insegnante/i \_\_\_\_\_ consegna/no al/ai Genitore/ri la confezione  
del medicinale indispensabile depositato a scuola in data \_\_\_\_\_ come da documentazione agli Atti.

Firma del/gli Insegnante/i Incaricato/i alla consegna del medicinale indispensabile

\_\_\_\_\_