 

 Ministero dell’Istruzione e del Merito 

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

**Scuola dell’Infanzia, Scuola primaria, Scuola Secondaria di I grado**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20°- Ambito Territoriale Lazio 6

**Scuola Polo per la Formazione Ambito 6**

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

peormic8by00l@istruzione.it - pecrmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.edu.it](http://www.icmatteoricci.edu.it)

Codice fiscale 97389090586 CodiceiPAistsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

**Allegato 3 – Al protocollo somministrazione farmaci**

## SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe\_\_\_\_\_\_ sez\_\_\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola IC MATTEO RICCI sita a ROMA in Via Cina, 4, cap 00144

Nome e Cognome dell’operatore scolastico e profilo professionale:

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

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL’INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

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

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

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

## SPIEGAZIONE E/O DIMOSTRAZIONE DELL’OPERATORE SANITARIO

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

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

 Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l’esecuzione tecnica dell’intervento.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Operatore Scolastico

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

## DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e Data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 

 Ministero dell’Istruzione e del Merito 

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

**Scuola dell’Infanzia, Scuola primaria, Scuola Secondaria di I grado**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20°- Ambito Territoriale Lazio 6

**Scuola Polo per la Formazione Ambito 6**

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

peormic8by00l@istruzione.it - pecrmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.edu.it](http://www.icmatteoricci.edu.it)

Codice fiscale 97389090586 CodiceiPAistsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

**Allegato 4 – Al protocollo somministrazione farmaci**

Al personale scolastico

**Oggetto: Verifica disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci a scuola**

**In considerazione** del fatto che nell’Istituto è presente un/una alunno/a affetto/a da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci

**Vista** la richiesta dei genitori/tutori alla somministrazione in orario scolastico di farmaci

**Visto** il Protocollo dell’Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l’assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

chiede al personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita “formazione in situazione”.

Il personale potrà comunicare la propria disponibilità compilando l’apposito modulo **(allegato 5).**

La persona incaricata della somministrazione del farmaco, che si attiene alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso, **è sollevata da ogni responsabilità penale e civile derivante da tale intervento.**

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Laura De Paolis

 

 Ministero dell’Istruzione e del Merito 

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

**Scuola dell’Infanzia, Scuola primaria, Scuola Secondaria di I grado**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20°- Ambito Territoriale Lazio 6

**Scuola Polo per la Formazione Ambito 6**

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

peormic8by00l@istruzione.it - pecrmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.edu.it](http://www.icmatteoricci.edu.it)

Codice fiscale 97389090586 CodiceiPAistsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

**Allegato 5 – Al protocollo somministrazione farmaci**

Al Dirigente scolastico

 dell’I.C. Matteo Ricci

**Oggetto: Risposta alla verifica della disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

**Vista** la richiesta dei genitori/tutori (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci per l’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequenta nell’anno scolastico\_\_\_\_/\_\_\_\_ la classe\_\_.sezione\_\_\_plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Visto** il Protocollo dell’Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l’assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questa istituzione scolastica, in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORNISCE FORMALE**

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Roma,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

 

 Ministero dell’Istruzione e del Merito 

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

**Scuola dell’Infanzia, Scuola primaria, Scuola Secondaria di I grado**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20°- Ambito Territoriale Lazio 6

**Scuola Polo per la Formazione Ambito 6**

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

peormic8by00l@istruzione.it - pecrmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.edu.it](http://www.icmatteoricci.edu.it)

Codice fiscale 97389090586 CodiceiPAistsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

**Allegato 6 – Al protocollo somministrazione farmaci**

Al personale scolastico

**Oggetto: autorizzazione AL PERSONALE DISPONIBILE per somministrazione farmaci**

A seguito della richiesta inoltrata, al Dirigente scolastico,

dal/i Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

* somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
* assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe .\_\_\_\_sez.\_\_\_

il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l’alunno nell’auto-somministrazione, con le procedure indicate nel piano di intervento appositamente predisposto.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Roma,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Laura De Paolis

 

 Ministero dell’Istruzione e del Merito 

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

**Scuola dell’Infanzia, Scuola primaria, Scuola Secondaria di I grado**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20°- Ambito Territoriale Lazio 6

**Scuola Polo per la Formazione Ambito 6**

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

peormic8by00l@istruzione.it - pecrmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.edu.it](http://www.icmatteoricci.edu.it)

Codice fiscale 97389090586 CodiceiPAistsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

**Allegato 7 – Al protocollo somministrazione farmaci**

**Oggetto: Registro delle somministrazioni**

In ottemperanza alla procedura per la somministrazione di farmaco (salvavita o indispensabile) per l’alunno/a:

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

Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_ sez \_\_

sono stati eseguiti i seguenti interventi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **giorno** | **ora** | **Tipo intervento** | **dose** | **Firma leggibile** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 

 Ministero dell’Istruzione e del Merito 

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

**Scuola dell’Infanzia, Scuola primaria, Scuola Secondaria di I grado**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20°- Ambito Territoriale Lazio 6

**Scuola Polo per la Formazione Ambito 6**

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

peormic8by00l@istruzione.it - pecrmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.edu.it](http://www.icmatteoricci.edu.it)

Codice fiscale 97389090586 CodiceiPAistsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

**Allegato 8** **– Al protocollo somministrazione farmaci**

**Oggetto: Verbale di consegna farmaco indispensabile o salvavita**

Alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la/il Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe \_\_\_sez.\_\_\_plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consegna ai docenti della classe il medicinale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da somministrare all’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in caso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella dose.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal/lla dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **FIRME** |
| **I GENITORI** |  |
|  |
| **IL PERSONALE SCOLASTICO** |  |
|  |
|

 

 Ministero dell’Istruzione e del Merito 

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

**Scuola dell’Infanzia, Scuola primaria, Scuola Secondaria di I grado**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20°- Ambito Territoriale Lazio 6

**Scuola Polo per la Formazione Ambito 6**

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

peormic8by00l@istruzione.it - pecrmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.edu.it](http://www.icmatteoricci.edu.it)

Codice fiscale 97389090586 CodiceiPAistsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

**Allegato 9 – Al protocollo somministrazione farmaci**

**Oggetto: Verbale restituzione farmaco indispensabile o salvavita**

In data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ l’Insegnante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’alunno/a frequentante la classe\_\_\_\_ sez.\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_riconsegna al/ai Genitore/i Sig./ra/Sigg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ una confezione di medicinale depositato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(vedi Allegato 8)** nel caso di somministrazione d’emergenza come da documentazione agli Atti.

Roma,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA INCARICATO

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

Il/I Genitore/i Sig./S.ra/Sigg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

constata l’integrità della confezione, ritirano il medicinale.

Roma,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA I GENITORI

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