Allegato 5

RICEVUTA DI RICONSEGNA FARMACO

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez.

_____ della scuola _____,

DICHIARA

di aver ritirato in data odierna il seguente farmaco/dispositivo precedentemente custodito a scuola:

_____Nome del farmaco: _____

Quantità/N. confezioni: _____

Data: _____

Firma del genitore (o delegato): _____

Firma dell'operatore scolastico che consegna: _____