**MODULO 5 :VERBALE DI RESTITUZIONE FARMACI**

In data odierna si riconsegnano al Sig.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore/i dell’alunno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe/sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i farmaci\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

depositati presso questa Istituzione nell’anno scolastico precedente ………. per terapie/emergenza dell’alunno, in quanto le richieste vanno prodotte ogni anno scolastico con nuove certificazioni.

Salerno

**FIRMA genitore 1**

**FIRMA genitore 2**

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 all’artt. 316, 377 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori (Nota MIUR 5336 del 2/9/15).

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_