**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO**

Al fascicolo personale dell’alunno di cui in oggetto

**Al genitore dell’alunno/all’alunno**

**Oggetto:** *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all’alunno/a*

(da conservare nel fascicolo personale dell’alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data alle ore , la/il sig./sig.ra , (barrare la voce che corrisponde)

* genitore dell'alunno/a

(oppure) □ esercente la potestà genitoriale sull’alunno

nato a , il / / e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto alla classe , sez. , dell’Istituto , consegna all’incaricato, Sig./Sig.ra

 , individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. n un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1)

2)

da somministrare all’alunno/a come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_ /\_\_\_ / dal (barrare la voce corrispondente):

* Servizio di pediatria della Azienda USL
* medico pediatra di libera scelta dott.
* medico di medicina generale dott. .

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

* nel seguente luogo:
* con le seguenti modalità:

Il genitore/ l’esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell’anno scolastico e a consegnare una confezione integra all’inizio dell’anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo Data\_\_\_\_ /\_\_\_ /

Firma dell’incaricato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Procedura somministrazione farmaci a scuola Mod.5 Ultima revisione settembre 2019*