Prot. n. /

 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

(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. …...............................................................................................

□ genitore dell'alunno/a .......................................................................................................................

(oppure)

□ esercente la potestà genitoriale sull’alunno/a ………………………………………………………………………………

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

□ l’alunno/a …………………………………………………………………………………………………………………………………….

nato a ……………………………….. il ……/…../……….. e residente a , in via

……………………………………………………., frequentante la classe ......... indirizzo

……………………………………….a.s. ………………………….. consegna all’incaricato/agli incaricati,

…………………………………………………………………………………………………………… un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i nella dose ……………………………

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 dell’ASL
* 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:

* + autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;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;
	+ si impegna a ritirare il farmaco al termine dell’anno scolastico, con redazione di apposito

verbale di riconsegna.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e cognome – relazione con****l’alunno** | **Recapito n.1** | **Recapito n.2** |
| ………………………………………………………………. | ......................................... | ........................................ |
| ………………………………………………………………. | ......................................... | ........................................ |

Cercola, / /

|  |  |
| --- | --- |
| **I genitori / l’esercente la potestà genitoriale / l’alunno maggiorenne** | **Il personale della scuola** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |