*Modulistica per la scuola e la Famiglia –Somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico*

*Consegna farmaco*

*Allegato 4*

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)

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

* Genitore/tutore dell'alunno/a

nato a , il / / e residente a , iscritto alla classe , sez. , dell’Istituto , consegna all’incaricato, , una confezione nuova ed integra 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/o alla sua scadenza. 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/dello studente

1