

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 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/a

Sig./ins. _____, individuato/a _____ nel _____ Piano di
intervento personalizzato prot. _____ n _____ una confezione nuova ed integra del/i
farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e
Piano Terapeutico consegnati in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal (barrare la
voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria dell'ASL _____

☐ medico pediatra di libera scelta 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: _____

I genitori/l'esercente la potestà genitoriale:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- si impegnano a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario;
- si impegnano 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 dei genitori _____
