

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

In data alle ore la/il sig.

☐ genitore dell'alunno/a (oppure)☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a

nato a il/...../..... e residente a, in via
, frequentante la classe di scuola (infanzia/primaria/secondaria)
 del plesso dell'I.C. Portici 3 "don Peppe Diana" a.s.
 202.../202.... 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**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e Data,..... ____/____/____

FIRME

I genitori / l'esercente la potestà genitoriale	Il personale della scuola