

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/ifiarmaco/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
.....
.....

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

Cercola, ___/___/_____