

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO
SALVAVITA/INDISPENSABILE**

**Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno**

In data _____ alle ore _____, il/la Sig./Sig.ra _____,

☐ Genitore

(oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale

Alunno/a _____

Nato/a a _____ (____), il ____/____/____ e

residente a _____ (____),

in Via/Piazza _____ n. ____

frequentante la classe/sezione _____

della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di Primo Grado

del plesso di _____ dell'IC Caruso – a.s. _____

Consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, un flacone nuovo ed integro del/i
farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a come da certificazione medica e piano terapeutico consegnati
alla scuola e rilasciati in data ____/____/____ da:

☐ Servizio di Pediatria dell'ASL _____

☐ Pediatra di libera scelta, dott. _____

☐ Medico di Medicina Generale, dott. _____

☐ Specialista del SSN, 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/esercente la potestà genitoriale:

- Autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- Provvede a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, e comunica 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/A	RECAPITO 1	RECAPITO 2

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore _____