

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. Puccini 4Cd
Di Casoria

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno/a

Al genitore dell'alunno/a

**Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare
all'alunno/a _____**

(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a _____

esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a _____

l'alunno/a _____ nato/a a _____

il ___/___/___ e residente a _____ iscritto alla cl. _____ sez. _____

dell'Istituto _____, 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 consegnata in segreteria, rilasciata in data ___/___/___ dal

(barrare la voce che corrisponde):

Servizio di pediatria della Azienda ULS _____

Medico pediatra di libera scelta dott. _____

Medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico

nel seguente luogo: _____

con le seguenti modalità: _____

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale/ si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. 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 _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico curante _____
- Genitori _____