*Allegato 3*

**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 o allo studente, se maggiorenne)

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 (oppure in caso di alunno maggiorenne)

* l’alunno/a ,

nato a , il / / e residente a , iscritto alla classe , sez. , dell’Istituto , consegna all’incaricato, Sig./Sig.ra , individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. n un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1)

2)

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 della Azienda USL
* 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 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/dello studente