

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno/a di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

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

Il giorno _____ mese di _____ anno _____

alle ore _____, presso _____ la/il sig./sig.ra _____,
(Barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a _____

(Oppure) esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

Iscritto/a alla Sezione/Classe _____, III C. D. "Cotugno" di Andria (BT) - Plesso _____

Consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato/a nel **Piano di**

Intervento Personalizzato, protocollo _____ **in data** _____ il seguente/i seguenti medicinale

/ medicinali:

1) _____

2) _____

3) _____

da somministrare all'alunno/a come da certificazione medica e piano terapeutico in segreteria, rilasciata da

Servizio di pediatria della Azienda USL _____

medico pediatra di libera scelta dott. _____

medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco / i farmaci verrà / verranno conservato / i 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 si impegna a ritirare il farmaco qualora esaurito e consegnare una confezione integra, se necessario per tempo. Si impegna, inoltre, a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Andria _____ Data ___ / ___ / _____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore _____

IL PRESENTE VERBALE VERRA' RIPRODOTTO AD OGNI NUOVA CONSEGNA DI FARMACO / FARMACI E UNITO AL P.I.P. DELL'ALUNNO