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)_____

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 _____

Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 17 gennaio 2017 Prot: 2017/0008779/GEN/000SEGRDG