

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO
PER L'AUTO-SOMMINISTRAZIONE**

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

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile per l'autosomministrazione da parte dell'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 _____,

genitore dell'alunno/a _____

(oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

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) _____

per l'auto-somministrazione da parte dell'alunno stesso 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 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 _____