

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 _____

☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

☐ (in caso di alunno maggiorenne) l'alunno/a _____,

nato/a a _____, il ____/____/____ e residente a
_____ in via _____ n° _____, iscritto
alla classe _____, sez. _____, dell'ITTS "E. Divini" di San Severino Marche, consegna
all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, un flacone nuovo ed integro del/i
farmaco/i:

1) _____ scadenza _____

2) _____ scadenza _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione
medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____
dal:

☐ 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 _____