Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo NORD 2 - Brescia
Via Costalunga, 15 -25123 BRESCIA Cod. Min. BSIC88400D - Cod.Fisc. 80049710173
Tel.030307858 - 0308379448-9 - Fax 0303384275 url- https://www.icnord2brescia.edu.it/
e-mail: bsic88400d@istruzione.it; bsic88400d@pec.istruzione.it

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 allo studente/essa (Cognome e Nome)_____, *(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai Genitori)*

In data _____/_____/_____ alle ore ____:____, il/la sig./sig.ra_____, (barrare la voce che corrisponde) ❑ Genitore dello/a ❑ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il _____/_____/_____ e residente a _____ in Via _____,

che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____ consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di Intervento Personalizzato prot. n. _____ del _____/_____/_____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1)_____

2)_____

da somministrare allo studente/essa come da Certificazione Medica e

Piano Terapeutico consegnati in segreteria in data _____/_____/_____ e rilasciato dal (barrare la voce corrispondente):

❑ Servizio di pediatria della ASP _____

❑ 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 "PIP", 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.

_____ (____), _____/_____/_____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/esercente la potestà genitoriale

_____