MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO VIA DELL' AEROPORTO
Via dell'Aeroporto 115- 00175 ROMA - Tel.0676901590
C.F.97712970587
email:rmic8ghoor@istruzione.it PEC:rmic8ghoor@pec.istruzione.it

MODELLO C

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVA VITA/ESSENZIALE/PER AUTOSOMMINISTRAZIONE

In data _____alle ore_____

la/il sig. _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe_____della scuola_____

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale _____

□ FARMACO SALVAVITA da somministrare al/all'alunno/a in caso di (*indicare l'evento*) _____nella dose_____ come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data_____dal dott. _____

OVVERO

□ FARMACO ESSENZIALE da somministrare al /all' alunno/a ogni giorno alle ore _____nella dose _____come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data _____dal dott._____

OVVERO

□ FARMACO IN AUTOSOMMINISTRAZIONE da far prelevare all'alunno in caso di necessità per l'autosomministrazione nella dose _____come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data_____dal dott._____

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- Nel caso di auto somministrazione dichiara che il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola.
- Provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

_____ _____

Luogo e Data _____il_____

Il genitore _____

Le insegnanti _____