

All. n. 7

Al Dirigente Scolastico I.C. di Roncade

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno/a

Al genitore dell'alunno/a

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare

all'alunno/a _____

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e dare in copia ai genitori)

In data _____ alle ore _____, la/il
sig./sig.ra _____

(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore dell'alunno/a _____

☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a _____

☐ l'alunno/a _____ nato/a a _____

il ____/____/____ e residente a _____ iscritto alla cl. ____ 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 che corrisponde):

☐ Servizio di pediatria della Azienda ULS _____

☐ 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 _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico curante _____
- Genitori _____