

**Allegato 7\_verbale di consegna alla scuola del farmaco**

Al fascicolo personale dell'alunno in oggetto  
Al genitore dell'alunno/alunna

OGGETTO: VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE DA SOMMINISTRARE ALL'ALUNNO/A \_\_\_\_\_

In data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_:\_\_, il/la sig.re/ra \_\_\_\_\_,

- genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
 esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_, sez. \_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ Ordine di scuola Infanzia/Primaria/Secondaria Di 1°Grado, di Melilli centro/ Villasmundo, consegna all'incaricato, sig.re /ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnato in segreteria, rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal:

- servizio di pediatria della Azienda USL \_\_\_\_\_  
 medico pediatra di libera scelta dott.re \_\_\_\_\_  
 medico di medicina generale dott.re \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_