

Allegato 5

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
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 da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data ____/____/____ alle ore _____, il/la Sig./Sig.ra _____,

(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore dell'alunno/a _____

(oppure)

☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a _____

nato/a a _____, il ____/____/____ e residente a _____,
iscritto/a alla classe ____ sez. ____ del Liceo Artistico Statale "Michelangelo Buonarroti",
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 corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della Azienda USL _____

☐ 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
