****

***Ministero dell’Istruzione e del Merito***

**Istituto di Istruzione Superiore *“*Leonardo da Vinci - Ripamonti*”***

via Belvedere, 18 – 22100 Como - tel. 031 520745

sito web: https:// [www.davinciripamonti.edu.it](http://www.davinciripamonti.edu.it)

# VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

### Al fascicolo personale dell’alunno

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al genitore dell’alunno/all’alunno**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

* genitore dell'alunno/a
* esercente la potestà genitoriale sull’alunno/a

consegna al Dirigente scolastico un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i : 1)

2)

indicare lotto e scadenza del farmaco:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da somministrare all’alunno/a frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in Segreteria in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ dal:

* 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/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 qualvolta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Como, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dirigente scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/dello studente (se maggiorenne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_