

	Ministero dell'Istruzione e del Merito UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "P. Giannone – E. De Amicis" C.so Giannone, n°98 – Caserta C.F. 93117040613 PEO: ceic8bc00q@istruzione.it – PEC: ceic8bc00q@pec.istruzione.it	
---	---	---

Nel Fascicolo dell'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 all'incaricato, Sig./Sig.ra _____ una confezione nuova ed integra del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnati in segreteria e rilasciati da (*barrare la voce corrispondente*):

☐ Servizio di pediatria della ASL e/o dell'Ospedale _____ Dott. _____

☐ medico pediatra di libera scelta dott. _____

☐ medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni, 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 e data _____ Firma del genitore/tutore _____

Firma del docente incaricato _____