

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE FARMACO SALVAVITA.**

Alunno/a \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il/la Sig/ra \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe/sez \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ ,

consegna alle insegnanti \_\_\_\_\_

una confezione nuova ed integra del medicinale \_\_\_\_\_

sulla quale è stata apposta un'etichetta inamovibile in cui è indicato il nome, il cognome dell'alunno e la classe per la somministrazione al bambino/a secondo le seguenti modalità:

ogni giorno alle ore \_\_\_\_\_ nella dose \_\_\_\_\_

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente,

rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo il Piano Personalizzato di Intervento e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:  
Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Il farmaco sarà riconsegnato alla famiglia al termine di ogni anno scolastico.

Il genitore

\_\_\_\_\_

Le insegnanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_