ALLEGATO 3

**Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’IIS VOLTA

Pavia

(da conservare nel fascicolo personale dell’alunno e da dare in copia ai genitori dell’alunno)

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

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

(barrare la voce che corrisponde)

□ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(oppure) □ esercente la responsabilità genitoriale sull’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_, sezione \_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consegna nelle mani di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

una confezione nuova ed integra del/i farmaco/i:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da somministrare all’alunno secondo le modalità indicate nella certificazione medica e Piano Terapeutico, consegnati in segreteria, rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal (barrare la voce corrispondente):

□ servizio di pediatria dell’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 Protocollo somministrazione farmaci:

□ nel seguente luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ con le seguenti modalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore:

* Autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
* Provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato;
* 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;
* Comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e cognome – relazione con l’alunno | recapito n. 1 | recapito n. 2 |
| ………………………………………………… | …………………………… | ……………………… |
| ………………………………………………… | …………………………… | ………………………… |

Pavia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Il genitore / l’esercente la responsabilità genitoriale | Il personale della scuola |
| …………………………………………………… | ……………………………………………………….. |