*Allegato 1*

# VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

**Al fascicolo personale dell’alunno di cui in oggetto**

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

**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)

In data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(barrare la voce che corrisponde)

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

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

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto alla classe …......... sez …...........

della Scuola dell’Infanzia / Primaria “Giacomo Leopardi” di Foggia, consegna all’incaricato,

Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da somministrare all’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico,

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

Foggia , \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’incaricato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_