*Allegato 3*

**Istituto Comprensivo Statale XX Settembre di Rimini**

Via Arnaldo da Brescia, 4 - 47923 Rimini (RN) - Telefono e fax 0541 / 383012

E-mail: rnic81600b@istruzione.it PEC rnic81600b@pec.istruzione.it

c.f. 91142600401 c.m. rnic81600b

# 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 la classe …......... sez …...........

Della Scuola dell’Infanzia / Primaria / Secondaria

di ………………………………………….....……………………….….……………………., 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.

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’incaricato (chi riceve il farmaco) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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