

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Istruzione Superiore "VIA DEI PAPARESCHI"Liceo Scientifico Scienze Applicate – Liceo Linguistico – Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale –
I.T. Amministrazione Finanza e Marketing

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 – 06/55.30.89.13 Fax 06/55.62.789

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 – 00148 Roma – Tel. 06/65.67.81.86 – 06/12.112.66.65 Fax 06/65.67.83.52

C.F. 80227330588 - Cod. Meccanografico: RMIS09100B Cod. Univoco UF3E4N

E-Mail: rmis09100b@istruzione.it PEC: rmis09100b@pec.istruzione.it*Allegato 3***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 o allo studente, se maggiorenne)

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 _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

 l'alunno/a _____,

nato a _____, il / / e residente a _____ iscritto alla classe _____ sez. _____, dell'Istituto _____, consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. _____ n _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data / / dal (barrare la voce corrispondente):

 Servizio di medicina della Azienda ASL _____ medico pediatra di libera scelta dott. _____ medico di medicina generale dott. _____.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

- nel seguente luogo: _____
- con le seguenti modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente 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 _____

Firma del genitore/dello studente _____