*Allegato 4*

VERBALE DI CONSEGNA FARMACI

DA SOMMINISTRARE IN ORARIO SCOLASTICO IN CASO DI NECESSITÀ

Al Dirigente Scolastico I.C. Perugia 8

In data ……………………….. alle ore ………………….

il/la sig./sig.ra ……………………………………………… …………………………………… genitore dell’alunna (indicare le iniziali) **\_\_\_\_\_\_\_,** frequentante la classe **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** della Scuola **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** consegna nelle mani di ……………………………………….

n°\_\_ confezione/i nuova/e ed integra/e del farmaco ………………………………………………….

data di scadenza …………………………, che sarà somministrato all’alunno/a, in caso di necessità, dal personale che ha dato disponibilità, secondo le modalità concordate e certificate dal medico curante nel **Piano Terapeutico Individuale, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.**

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

• comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici: …………………………………………………………………………………………… Firma dei genitori\* ……………………………….………………………………………………..

Data …………………………

\* *nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore esercitante la potestà genitoriale.*

Firma di chi, tra il personale scolastico, riceve il farmaco …………..……………………………..

Data …………………………..