**ALL. 5**

**VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE IN ORARIO SCOLASTICO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IC2 RITA LEVI MONTALCINI

In data ……………………….. alle ore …………………. il/la sig./sig.ra

……………………………........................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

genitori dell’alunno/a …………………………………….. frequentante la classe .

……………………….... della

scuola…………………………………………………………..... consegnano nelle mani di

……………………………………………………………………………………….. una

confezione nuova ed integra del farmaco

……………………………………………………………... da somministrare all’alunno/a

secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, come da prescrizione consegnata in segreteria e in copia qui allegata.

I genitori:

autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso

provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato

comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

…………………………………………………………………………………………………

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il personale che riceve il farmaco

…………..………………………….……………………………………….

I genitori ……………………………….…………………………………..