

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA**

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](mailto:rmis09100b@istruzione.it) PEC: [rmis09100b@pec.istruzione.it](mailto: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 \_\_\_\_\_