

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunna di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno/a _____

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare*
all'alunno _____

(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 _____

consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di
intervento personalizzato prot. _____ n. _____ una confezione nuova ed integra del/i
farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno come da certificazione medica consegnata in
segreteria, rilasciata in data dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL

medico pediatra di libera scelta Dott. _____

medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nella certificazione medica
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.

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore _____

Data ___/___/_____

(da riconsegnare in segreteria a cura del personale scolastico)

DICHIARAZIONE custodia del FARMACO

OGGETTO: Alunno _____

Dichiarazione di *custodia del farmaco salvavita/indispensabile in auto-somministrazione*

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____

DICHIARO che sarà nostra cura accertare che il farmaco _____

_____ descritto nel Piano Terapeutico personalizzato del _____

sia conservato secondo le caratteristiche del prodotto e **quotidianamente custodito nello zaino** dell'alunno.

Il genitore/l' esercente la potestà genitoriale *si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.*

Firma del genitore _____

Brescia, ____ / ____ / ____