|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unione Europea  Fondo Sociale Europeo | *Istituto d’Istruzione Secondaria Superiore*  *“F. De Sanctis”*  *83054 Sant’Angelo dei Lombardi (AV) Via Boschetto, 1*  *Tel.08271949144 – 1949141 fax 08271949142 C.F. 91003710646*  [*www.iissdesanctis.it*](http://www.iissdesanctis.it) *e-mail* [*avis014008@istruzione.it*](mailto:avis014008@istruzione.it) *PEC:* [*avis014008@pec.istruzione.it*](mailto:avis014008@pec.istruzione.it)  *Sezione associata ITE Via Annunziata 83054 Sant’Angelo dei Lombardi (AV) Tel. fax : 082723099*  *Sezione associata Liceo Caposele Via Duomo 83040 Caposele (AV) Tel. fax : 082758376* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prot. n. /\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

(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. …...............................................................................................

□ genitore dell'alunno/a ....................................................................................................................... (oppure)

□ esercente la potestà genitoriale sull’alunno/a ………………………………………………………………………………

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

□ l’alunno/a …………………………………………………………………………………………………………………………………….

nato a ……………………………….. il ……/…../……….. e residente a ……………………………………………….., in via ……………………………………………………., frequentante la classe ......... indirizzo ……………………………………….a.s. ………………………….. consegna all’incaricato/agli incaricati, …………………………………………………………………………………………………………… un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i nella dose ……………………………

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 pediatria dell’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:

* 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, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento;
* si impegna a ritirare il farmaco al termine dell’anno scolastico, con redazione di apposito verbale di riconsegna.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e cognome – relazione con l’alunno** | **Recapito n.1** | **Recapito n.2** |
| ………………………………………………………………. | ......................................... | ........................................ |
| ………………………………………………………………. | ......................................... | ........................................ |

Sant’Angelo dei Lombardi, \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **I genitori / l’esercente la potestà genitoriale / l’alunno maggiorenne** | **Il personale della scuola** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |