

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

(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'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:

- 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
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Milano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I genitori / l'esercente la potestà genitoriale / l'alunno maggiorenne	Il personale della scuola