****

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “VIA DEI PAPARESCHI”**

Liceo Scientifico opz. Scienze Applicate - Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale -

Liceo Linguistico - Ist. Tecnico Amministrazione Finanza e Marketing - Art. Relazioni Internazionali

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 - 06/55.30.89.13

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 - 00148 Roma - Tel. 06/65.67.81.86 - 06/12.112.66.65

C.F. 80227330588 - Cod. Meccanografico: RMIS09100B Cod. Univoco UF3E4N

E-Mail: [rmis09100b@istruzione.it](file:///C%3A%5CUsers%5CUser14%5CDownloads%5Crmis09100b%40istruzione.it) - PEC: [rmis09100b@pec.istruzione.it](file:///C%3A%5CUsers%5CUser14%5CDownloads%5Crmis09100b%40pec.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

1