Allegato 4

ATTESTATO DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL 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 responsabilità 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: _____
da somministrare all'alunno/a _____ come da attestazione 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 responsabilità 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/esercente la responsabilità genitoriale/dello studente _____