**Allegato 5**

**Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DEL CIRCOLO DIDATTICO

PASQUALE MEGALI

89063 MELITO DI PORTO SALVO (RC)

In data ……………………….. alle ore …………………. il/la sig./sig.ra …………………………….

………………………………………………………………………………………………………………. genitore dell’alunno/a (indicare le iniziali) …………………….. frequentante la classe ……………… della scuola ………………………………………………………………………………………………….. consegna nelle mani di ……………………………………………………………………………………… una confezione nuova ed integra dei farmaci ……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

da somministrare all’alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell’Allegato 1 e 2, consegnati in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore

* autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
* a conclusione della giornata scolastica ritirerà il kit dei medicinali consegnato per riconsegnarlo il giorno successivo
* provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato
* comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

……………………………………………………………………………………………………………..

Il personale che riceve il farmaco …………..………………………….…………………………….

Il genitore ……………………………….…………………………………..

Data …………………………