

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

Al Dirigente Scolastico  
dell'IIS Ciuffelli-Einaudi

TODI

In data ..... alle ore ..... la/il sig.....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della sede .....

**consegna**

una confezione nuova ed integra nelle mani di.....  
del farmaco..... da somministrare all'alunno/a secondo le modalità  
concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato 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.

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 Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori \* .....

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

Si allega:

copia dell'Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Todi,....