|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **ISTITUTO COMPRENSIVO**  **“GIAN TESEO CASOPERO”** |  |
| **SCUOLA DELL’INFANZIA – PRIMARIA- SECONDARIA I GRADO Via Pirainetto s.n.c. 88811 - Cirò Marina (KR)**  **Tel./Fax 0962.614441 - Cod. Fisc.: 91021410799**  **E-mail:** [**Kric82400D@istruzione.it**](mailto:Kric82400D@istruzione.it) **- PEC:** [**kric82400d@pec.istruzione.it**](mailto:kric82400d@pec.istruzione.it)  **www.ic2casopero.edu.it** | |

**Allegato 3**

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

**Al Dirigente Scolastico**

**I.C.”G.T.CASOPERO”**

**CIRO’ MARINA (KR)**

In data .............. alle ore .......... la/il sig..............................................................genitore dell'alunno/a ….....................................................................................frequentante la classe ......... del plesso …..................... consegna nelle mani di…........................................................................... una confezione nuova ed integra delfarmaco............................................. da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate ecertificate 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 o scaduto

· 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

Data…………………………………….