**Allegato 3**
Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"Salvatore Quasimodo"
**AGRIGENTO**

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 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

Agrigento, …....