



ISTITUTO COMPRENSIVO JAPIGIA I- VERGA

Plesso San Francesco Via Peucetia n. 50 BARI – tel. 0805530943

Plesso Verga via Carabellese n. 34 BARI – tel. 080 5586758

Plesso Don Orione Viale Japigia n. 140 BARI – tel. 0805537467

baic88400x@istruzione.it baic88400x@pec.istruzione.it www.icjapigia1verga.edu.it

C.M. BAIC88400X

CODICE UNIVOCO UFQKZH

C.F. 93437840726

VERBALE DI CONSEGNA E PRESA IN CARICO DEL FARMACO

In data ____ / ____ / ____, il/la Sig./Sig.ra _____

in qualità di:

☐ genitore

☐ esercente la responsabilità genitoriale

☐ altro soggetto autorizzato: _____

dell'alunno **alunno/a:** _____

Nato/a a: _____ il: ____ / ____ / ____

Classe: _____ Sezione: _____

Plesso: _____

consegna all'Istituzione scolastica, per le necessità connesse alla somministrazione del farmaco all'alunno/a sopra indicato/a, il seguente medicinale:

Denominazione del farmaco:

Dosaggio/Formulazione:

Quantità consegnata:

Numero di confezioni: _____

Data di scadenza: ____ / ____ / ____

Al momento della consegna si attesta che il farmaco:

☐ è contenuto nella **confezione originale e integra**;

☐ è **in corso di validità** e non presenta una data di scadenza antecedente al periodo previsto per la somministrazione;

☐ è accompagnato dalla documentazione prevista dal protocollo/regolamento dell'Istituzione scolastica per la somministrazione dei farmaci;

☐ reca indicazioni che consentono la corretta identificazione e conservazione del medicinale.

Modalità di conservazione

Il farmaco dovrà essere conservato:

☐ a temperatura ambiente;

☐ in frigorifero;

☐ secondo le seguenti specifiche indicazioni:

Presa in carico

Il personale incaricato dichiara di aver ricevuto il farmaco sopra indicato nelle condizioni descritte e di prenderlo in carico per la conservazione e l'eventuale somministrazione, secondo quanto previsto dalla documentazione agli atti dell'Istituzione scolastica.

Il genitore/esercente la responsabilità genitoriale si impegna a **controllare la data di scadenza del farmaco e a provvedere tempestivamente alla sua sostituzione**, nonché a comunicare alla scuola eventuali variazioni della terapia o delle modalità di somministrazione, corredate dalla documentazione eventualmente richiesta.

Al termine della necessità di somministrazione, alla scadenza dell'autorizzazione o alla conclusione dell'anno scolastico, il farmaco residuo sarà riconsegnato al genitore/esercente la responsabilità genitoriale.

Luogo e data: _____

Firma di chi consegna il farmaco

Firma del personale che riceve e prende in carico il farmaco

Eventuali annotazioni
