**MODULO B.2 :VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE**

NOME e COGNOME ALUNNO/A…....................................................................\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

genitore dell'alunno/a …......................................................................................................................

frequentante la classe …............ sez. …………………della scuola …...............................................

consegna **al dirigente scolastico**  un flacone nuovo ed integro del/i medicinale/i:

1)…............................................…............................................…............................

da conservare nell’armadietto del primo soccorso ( o frigorifero) e fornire, qualora richiesto, agli operatori del 118 a cui si fa prescrittivamente ricorso in caso di insorgenza di sintomi indicati dalla certificazione medica, contestualmente ai genitori, sollevando la scuola da ogni responsabilità civile e penale.

* I genitori sono sempre disponibili e prontamente rintracciabili ai seguenti numeri telefonici:

…..........................................................................; ………………………………………………….

* Il medico di riferimento della famiglia è disponibile a prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

………………………………………………………………………

I genitori comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione e forniranno medicinale nuovo se scaduto.

**ACCONSENTE/ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del successivo Regolamento UE all’interno dell’Istituzione scolastica.

**La certificazione medica e la consegna di farmaci, presentate dai genitori, hanno validità per l'anno scolastico in corso e vanno rinnovate ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Si ricorda che a fine anno scolastico si stilerà un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori. In assenza di nuova richiesta/consegna per l’a.s. in corso non si considererà valida alcuna richiesta/consegna.**

**Ili/ Genitore/i Autorizza/Autorizzano**

**Il personale individuato dal Dirigente Scolastico della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/ dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale atto.**

Salerno, lì ………..

GENITORE 1…………………………………………………………………GENITORE 2………………………………………………………..

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui all’artt. 316, 377 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori (Nota MIUR 5336 del 2/9/15).[[1]](#footnote-1)

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da firmare soltanto laddove risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Dott.ssa Mirella Amato

1. [↑](#footnote-ref-1)