**( ALL B3 )**

**VERBALE PER LA CONSERVAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA E/O INDISPENSABILE**

In data………………………… alle ore………………………… il personale autorizzato, in servizio presso la Scuola ……………………………………………………………. di ……………………………………….., prende in consegna il medicinale (vedasi verbale consegna farmaco salvavita e/o indispensabile **ALL. B2)** da somministrare all'alunno/a………………………………………….classe/sezione………………………… e lo conserva nel luogo concordato dalle parti interessate, ovvero……………………………………………………………………………………

Copia della certificazione medica, allegata alla presente **(ALL. B),** verrà spillata alla confezione del farmaco con il nome e cognome dell’alunno/a.

Luogo e data………………………………………………………………….

I genitori

………………………………………….

………………………………………….

Il personale autorizzato

……………………..………………………….. ………………………..……………………….

………………………………………………… ………………………..……………………….

 …………………………….…………………. ………………………..……………………….

………………………..………………………. ………………………..……………………….

Il Dirigente Scolastico

……………………………………………………..

Il/I genitore/i dell'alunno/a , nel ribadire che sarà sua/loro cura procedere a sostituzione del farmaco in caso discadenza e/o di nuova prescrizione, dichiarano che la conservazione di esso è conforme alle indicazioni fornite dal personale sanitario che ne ha prescritto la somministrazione in caso di emergenza, CONSAPEVOLI che essa potrà avvenire da parte di PERSONALE SCOLASTICO NON IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

Luogo e data…………………………………………………

FIRMA/E DEL/I GENITORE/I

----------------------------------------------------

----------------------------------------------------