**Allegato F**

**SOMMINISTRAZIONE MEDICINALE SALVAVITA**

**VERBALE INCONTRO SIESP-ASL/GENITORI/PERSONALE DELLA SCUOLA**

In data …………………….., a seguito della richiesta di somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco inoltrata dai genitori dell’alunno/a ………………………………….., sezione/classe ………... della Scuola ………………………….. di ………………………… si sono riuniti il Dirigente Scolastico (o suo delegato), il personale della Scuola, il medico del SIESP e i genitori circa la possibilità di somministrazione e di conservazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco …………………………………………………………………

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione …………………………………

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

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

I genitori autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è disponibile e rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

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

Il Dirigente Medico del SIESP Il Dirigente Scolastico (o suo delegato) ………………………………. ……………………………….

Il genitore dell'alunno/a che esprime la volontà anche dell’altro genitore che esercita la patria potestà .........................................................................................

Il personale della scuola

Docente/Collaboratore scolastico Docente/Collaboratore scolastico

………………………………… ………………………………

Docente/Collaboratore scolastico Docente/Collaboratore scolastico

………………………………… ………………………………

Docente/Collaboratore scolastico Docente/Collaboratore scolastico

………………………………… ………………………………

Docente/Collaboratore scolastico Docente/Collaboratore scolastico

………………………………… ………………………………

Si allega il certificato medico che indica la prescrizione e la posologia del farmaco

L’Aquila ……………………………