

All. n. 7

Al Dirigente Scolastico I.C.S  
Margherita di Navarra

## VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno/a

Al genitore dell'alunno/a

**Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare**

**all'alunno/a** \_\_\_\_\_

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e dare in copia ai genitori)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_

(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a \_\_\_\_\_

l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ iscritto alla cl. \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_

dell'Istituto \_\_\_\_\_, consegna all'incaricato,

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot.n. \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da  
certificazione medica e Piano terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ dal (barrare la voce che corrisponde):

Servizio di pediatria della Azienda ULS \_\_\_\_\_

Medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo: \_\_\_\_\_

con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale/ si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

*Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_