

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Comprensivo Corinaldo**

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a* _____

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore dell'alunno/a _____

(oppure) ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

nato a _____, il ____ / ____ / ____ e residente a _____,

iscritto alla classe _____, sez. __, del plesso _____ dell'Istituto Comprensivo
Corinaldo, consegna al docente __, n. __ confezione/i nuova/e ed integra/e del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____

come da certificazione medica e/o Piano Terapeutico inviati per email all'indirizzo
anic834008@istruzione.it, rilasciati in data __/__/____ dal _____ (barrare la voce
corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della Azienda USL _____

☐ 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/ lo studente 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 del docente che riceve il farmaco _____

Firma del genitore _____