



ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE

Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine
prot. n. 347/A23b del 21.06.2000

Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11

email: UDIC843002@istruzione.it Pec: udic843002@pec.istruzione.it sito: <http://4icudine.edu.it>

Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno/all'alunno

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

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

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

☐ genitore

(oppure)

☐ esercente la potestà genitoriale

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

Dell/sull'alunno/a _____, nato a _____,
il ____/____/____ e residente a _____, iscritto alla classe _____, 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 (Allegato B) consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal
(barrare la voce corrispondente):



ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE

Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine
prot. n. 347/A23b del 21.06.2000

Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11

email: UDIC843002@istruzione.it Pec: udic843002@pec.istruzione.it sito: <http://4icudine.edu.it>

Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

☐ 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 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/tutore _____