

 	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GALILEO GALILEI" <i>Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di primo grado ad indirizzo musicale</i> via Cappella, 2 - 81021 - ARIENZO (Ce) - www.scuolarienzo.edu.it C. F. 93009730610 - C. M. CEIC848004 - Tel: 0823/755441 - Fax: 0823/805491 e-mail: ceic848004@istruzione.it - pec: ceic848004@pec.istruzione.it	
--	--	---

Allegato 3

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)

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. _____, scuola
infanzia/primaria del del IC "Galilei"

Arienzo, plesso _____ consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____
_____, un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i indicato/i nel
Piano di intervento personalizzato prot. _____ n. _____

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e
Piano Terapeutico consegnati in segreteria, rilasciata in data _____ / _____ / _____ dal (barrare la
voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della ASL _____

☐ 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/dello studente _____

