



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "D.D.2 - BOSCO"

DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE:

Piazza della Repubblica - 81025 Marcianise (CE) - TEL/FAX: 0823.826345
CODICE MECCANOGRAFICO: CEIC8AR004 CODICE FISCALE: 9308598061



Oggetto: 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 dell'alunno/a _____

(oppure) ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____
(oppure in caso di alunno maggiorenne)

☐ l'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 consegnata in segreteria, rilasciata 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 dell'incaricato _____

Firma del genitore/dello studente _____

Il Dirigente Scolastico