

## 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. \_\_, 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.

Livorno, \_\_\_\_\_

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

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