



**Istituto Comprensivo  
Carinola - Falciano del Massico  
Carinola – CE -**

tel.: 0823/939042 – 0823/939063  
fax: 0823/939042 – 0823/939542  
cod. mecc.: CEIC88700Pe-mail:  
[ceic88700p@istruzione.it](mailto:ceic88700p@istruzione.it)



**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