



REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE SICILIANA
MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
3° ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SALVATORE TODARO"
Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° grado – Indirizzo Musicale

Via Gramsci - 96011 AUGUSTA (SR) ☎ 0931/993733 - 📠 0931/511970
Cod. Mecc. SRIC830009 - C.F. 90004080892- www.scuolatodaro.gov.it
e-mail: sric830009@istruzione.it casella PEC sric830009@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 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)

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 _____