

ISTITUTO COMPRENSIVO "PIERO FORNARA"

Via Ettore Piazza, 5 - 28064 Carpignano Sesia (NO) – tel. +39 0321 825185

<https://www.iccarpignanosesia.edu.it/>

noic80700p@istruzione.it – noic80700p@pec.istruzione.it

COD. NOIC80700P | C.F. 80015590039 | Codice Univoco UFAUSI



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)

- il genitore dell'alunno/a _____
- l'esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____
- l'alunno/a (in caso di alunno maggiorenne)

nato a _____ il _____ residente a _____,
iscritto alla classe _____ sez. _____

CONSEGNA

all'incaricato, Sig./Sig.ra _____

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 di _____
- medico pediatra di libera scelta dott. _____
- medico di medicina generale dott. _____

ISTITUTO COMPRENSIVO "PIERO FORNARA"

Via Ettore Piazza, 5 - 28064 Carpignano Sesia (NO) – tel. +39 0321 825185

<https://www.iccarpignanosesia.edu.it/>

noic80700p@istruzione.it – noic80700p@pec.istruzione.it

COD. NOIC80700P | C.F. 80015590039 | Codice Univoco UFAUSI



Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico 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 qualvolta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____

Data _____

Firma dell'incaricato

Firma del genitore/esercente la potestà genitoriale/dello studente
