



Allegato 6

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 _____,
genitore/tutore dell'alunno/a _____

nato a _____, il ____/____/____ e residente
a _____, iscritto alla classe _____, sez. __, dell'IC Rocca di
Neto, Plesso _____, grado di scuola

_____ consegna al Dirigente Scolastico _____
n. _____ n. _____ scatole nuove ed integre del/i farmaco/i:

- 1) _____ scadenza ____/____/____
- 2) _____ scadenza ____/____/____

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/tutore 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 o scaduto e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/dello studente _____