



Istituto Comprensivo "Patari-Rodari-Pascoli-Aldisio"

C.F. 97061390791
Via M. Greco, 31-88100 Catanzaro
czic85200p@pec.istruzione.it
Cod. Univoco: UFQV13

Cod. Mecc. CZIC85200P
Tel. 0961/722323
czic85200p@istruzione.it
www.icpataripascoli.edu.it

Allegato 3

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Ai genitori dell'alunno/a

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a* _____

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/a _____,
nato/a _____ 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):



Istituto Comprensivo "Patari-Rodari-Pascoli-Aldisio"

C.F. 97061390791
Via M. Greco, 31-88100 Catanzaro
czic85200p@pec.istruzione.it
Cod. Univoco: UFQV13

Cod. Mecc. CZIC85200P
Tel. 0961/722323
czic85200p@istruzione.it
www.icpataripascoli.edu.it

- ☐ Servizio di pediatria della ASP di Catanzaro
- ☐ 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/ si impegnano 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/dell'alunno _____