

Istituto Comprensivo "Patari- Rodari"



C.F.97061390791
Via Daniele, 17
88100 CATANZARO
czic85200p@istruzione.it
COD.univoco: UFQV13



Cod. Mecc. CZIC85200P
Tel. n° 0961/746924 - Fax n° 0961/746918
www.icpatarirodari.edu.it
czic85200p@pec.istruzione.it



Allegato 3

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al 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"



C.F.97061390791
Via Daniele, 17
88100 CATANZARO
czic85200p@istruzione.it
COD.univoco: UFQV13



Cod. Mecc. CZIC85200P
Tel. n° 0961/746924 - Fax n° 0961/746918
www.icpatarirodari.edu.it
czic85200p@pec.istruzione.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 _____