



# MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

## Istituto Comprensivo Como Prestino – Breccia

Via Picchi 6 – 22100 Como - Tel: 031 507192 - Fax: 031 5004738  
[www.iccomoprestino.edu.it](http://www.iccomoprestino.edu.it) - e-mail: [coic81300n@istruzione.it](mailto:coic81300n@istruzione.it) - PEC: [coic81300n@pec.istruzione.it](mailto:coic81300n@pec.istruzione.it)  
CF:80020220135 – Codice Univoco Ufficio: UF74US - Codice IPA: istsc\_coic81300n

### 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)

l'alunno/a \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_