



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"G. GALILEI"**

Viale del Lavoro, 38 – 60035 Jesi (AN) Tel. 0731212913/16 - Fax 0731219421
C.F. 82003990429 – codice fatturazione UFCS02 - C.M. ANIS02100A
www.iisgalileijesi.it anis02100a@istruzione.it anis02100a@pec.istruzione.it

Allegato 3

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/confezione 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 _____