



Scuola Secondaria Statale di 1° Grado – Indirizzo Musicale “A. Inveges”

Via Alcide De Gasperi n. 8/A - 92019 SCIACCA (AG) -- ☎ PBX 0925 21331 - FAX: 0925 21123

Codice MIUR AGMM054009 - Codice Fiscale 83001110846 - Codice Univoco UFC2HJ

e-mail: agmm054009@istruzione.it PEC: agmm054009@pec.istruzione.it sito web: www.inveges.edu.it

Allegato 7 alla circolare n.60

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno/a

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare

all'alunno/a _____
(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno/a e da dare in copia ai genitori)

In data _____ alle ore _____, il/la sign./sign.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

☐ Genitore dell'alunno/a _____

☐ oppure esercente la potestà genitoriale dell'alunno _____

☐ 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 consegnato in segreteria, rilasciata in data _____ dal
(barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di Pediatria dell'Azienda USL _____

☐ Medico pediatra di libera scelta Dottore _____

☐ Medico di medicina generale Dottore _____

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 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 qualvolta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data _____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore dello studente _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Angela Croce