



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
Istituto Comprensivo Statale "Gaetano Manfredini"  
Piazza Pio VI, 9 - 04014 PONTINIA (LT)

<http://www.icmanfredini.edu.it>  
C.F. 80003060599 - CUU: UFXNHP - ☎ 0773/86038 - fax 0773/849020  
email: [ltic841003@istruzione.it](mailto:ltic841003@istruzione.it) ✉ [ltic841003@pec.istruzione.it](mailto:ltic841003@pec.istruzione.it)



## 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 \_\_\_\_\_

il sig/sig.ra \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

(oppure)  esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente

a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_, dell'Istituto

\_\_\_\_\_, consegna all'incaricato

docente/collaboratore scolastico \_\_\_\_\_

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 ASL \_\_\_\_\_
- 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 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 \_\_\_\_\_