



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE di PIEVE DEL GRAPPA

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Via San Carlo, 5 - 31017 Pieve del Grappa (TV) Tel. 0423.53043/53300 - Fax 0423.939343

E-mail: tvic86500e@istruzione.it - Posta elettronica certificata: tvic86500e@pec.istruzione.it - Sito web: www.icpievedelgrappa.edu.it
Codice Meccanografico: TVIC86500E - Codice fiscale: 83005430265 - Codice Univoco Uff.: UFX7W5

Allegato 3

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 Sig. /la Sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'/la alunno/a _____

oppure

esercente la potestà genitoriale sull'/la alunno/a _____

nato/a a _____, il ___/___/___ e residente a _____,
iscritto alla classe ____, sez. ____, della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria _____
_____ dell'Istituto Comprensivo di Pieve del Grappa, consegna
all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, una confezione nuova e integra
del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'/la alunno/a _____ come da
certificazione medica consegnata in segreteria, rilasciata in data ___/___/___ dal medico
pediatra _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni nel seguente luogo

Il genitore / l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco 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'esercente la potestà genitoriale _____