



LICEO GINNASIO STATALE "G. VERGA" 95031 - ADRANO (CT)

SEDE CENTRALE SEZ. SCIENTIFICA-SCIENZE APPLICATE Via S. D'Acquisto, 16 - Tel. 095/6136075-7692582 Fax 095/7698652

SEZ. CLASSICA - LINGUISTICA - SCIENZE UMANE - ECONOMICO SOCIALE Via Donatello, n. 80 - Tel. 095/6136084 Fax

095/7694523

C.F. 80012580876 Cod. Mecc. CTPC01000A-Sito Liceo: www.liceovergadrano.edu.it E-mail: CTPC01000A@istruzione.it



Allegato 3

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno

.....

Al genitore dell'alunno/allo studente

.....

**OGGETTO: VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACO SALVAVITA
INDISPENSABILE DA SOMMINISTRARE ALL'ALUNNO/A**

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,

☐ genitore dell'alunno/a _____

☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

oppure

☐ lo studente/la studentessa maggiorenne _____

consegna al Dirigente 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:

- ☐ 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 del Dirigente scolastico _____

Firma del genitore/dello studente maggiorenne _____

DICHIARAZIONE

Al fascicolo personale dell'alunno

.....

Al genitore dell'alunno/all'alunno

.....

OGGETTO: DICHIARAZIONE IN MERITO ALLE MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA INDISPENSABILE DA SOMMINISTRARE ALL'ALUNNO/A

In data _____ la/il sig./sig.ra _____,

- ☐ genitore dell'alunno/a _____
- ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____
- ☐ studente maggiorenne

DICHIARA

Che il farmaco da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal:

- ☐ Servizio di pediatria della Azienda USL _____
- ☐ medico pediatra di libera scelta dott. _____
- ☐ medico di medicina generale dott. _____.

verrà conservato dallo studente stesso e precisamente riposto (indicare dove):

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma del Dirigente scolastico _____

Firma del genitore/dello studente _____