



**LICEO GINNASIO STATALE "G. VERGA- PETRONIO RUSSO"**  
**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](http://www.liceovergadrano.edu.it)- E-mail: [CTPC01000A@istruzione.it](mailto: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 \_\_\_\_\_