

**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA**

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Codice Fiscale: 94062750032 - Codice Meccanografico: NOIC82300L

Tel. 0321 692625 - Sito web: [www.istitutocomprensivobellini.edu.it](http://www.istitutocomprensivobellini.edu.it)E-mail: [noic82300l@istruzione.it](mailto:noic82300l@istruzione.it) - PEC: [noic82300l@pec.istruzione.it](mailto:noic82300l@pec.istruzione.it)**VERBALE DI CONSEGNA DEL FARMACO ALLA SCUOLA**

Al Fascicolo personale dell'alunno in oggetto

Al Tutore dell'alunno

**OGGETTO:** verbale di consegna del farmaco salvavita/indispensabile da somministrare  
all'alunno/a \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la/il sig./sign.ra \_\_\_\_\_

tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

iscritto alla classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

Consegna all'incaricato, sign./sign.ra \_\_\_\_\_,

individuato nel Piano di Intervento Specializzato, un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno in oggetto come da certificazione medica e Piano Terapeutico  
consegnato in segreteria, rilasciato dal:

☐ servizio di Pediatria ASL \_\_\_\_\_☐ medico pediatra libera scelta dott. \_\_\_\_\_☐ medico specialista dott. \_\_\_\_\_

(barrare la voce corrispondente)

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA**

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Codice Fiscale: 94062750032 - Codice Meccanografico: NOIC82300L

Tel. 0321 692625 - Sito web: [www.istitutocomprensivobellini.edu.it](http://www.istitutocomprensivobellini.edu.it)E-mail: [noic82300l@istruzione.it](mailto:noic82300l@istruzione.it) - PEC: [noic82300l@pec.istruzione.it](mailto:noic82300l@pec.istruzione.it)

Il farmaco sarà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e di Intervento Personalizzato, nel seguente luogo:

indicazioni più precise possibile

Locale:

---

(es: segreteria, P.T., accanto alla presidenza)

In apposito armadio/cassetto:

---

(es. frigorifero, anta dx o sx, numero del ripiano, lato ecc.)

Il tutore si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico successivo, se necessario.

Si impegna inoltre a fornire 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 Tutore

---