



Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO COMPRENSIVO N° 8

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di primo grado

Via Caselli, 21 – 19126 La Spezia – Cod. Mecc. SPIC821009

Tel. 0187 506119 – Codice Fiscale 91071870116

E-mail: spic821009@istruzione.it – PEC: spic821009@pec.istruzione.it –

Sito web: www.isa8sp.edu.it

**ATTESTATO DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO
SALVAVITA/INDISPENSABILE DA SOMMINISTRARE ALL'ALUNNO/A**

(All. 5 DGR n. 724 del 2024)

In data ____ / ____ / ____ alle ore ____

la/il sig./sig.ra _____

(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore (oppure) ☐ esercente la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a _____

nato il ____ / ____ / ____ e residente a _____

iscritto alla classe ____ sez. ____ della scuola _____

consegna all'incaricato/a, Sig./Sig.ra _____

individuato nell'allegato 3b prot. n° _____

una confezione nuova ed integra del/i farmaco/i:

da somministrare come da attestazione medica e Piano Terapeutico consegnati in segreteria,
rilasciati in data ____ / ____ / ____ dal (barrare la voce corrispondente)

☐ Servizio di pediatria dell'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 responsabilità 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 qualvolta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La Spezia, ____ / ____ / _____

Firma dell'incaricato

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale/dello studente
