



**Ministero della Pubblica Istruzione**

Istituto Comprensivo di Zelo Buon Persico

Via F.lli Cervi 1 – 26839 Zelo Buon Persico

Tel: 02 90659917 Fax: 02 91767620

Sito: [www.iczelobp.it](http://www.iczelobp.it)

e-mail: [LOIC805006@istruzione.it](mailto:LOIC805006@istruzione.it), [LOIC805006@pec.istruzione.it](mailto:LOIC805006@pec.istruzione.it)



**CONSEGNA DEL FARMACO PER CONSERVAZIONE A SCUOLA E  
SOMMINISTRAZIONE, IN ORARIO SCOLASTICO,  
A CARICO DEL PERSONALE SCOLASTICO**

Il genitore/tutore: \_\_\_\_\_

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

frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_

a seguito di presentata "RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO

con prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ avendo ottenuto autorizzazione

dal Dirigente Scolastico per la improrogabile somministrazione del farmaco specificato nel Piano

Terapeutico allegato alla sopra indicata richiesta

**CONSEGNA**

in data \_\_\_\_\_ i/l farmaci/o specifici/o:

\_\_\_\_\_

con scadenza: \_\_\_\_\_

al personale scolastico sotto indicato:

1) \_\_\_\_\_ (docente / collaboratore scolastico)

2) \_\_\_\_\_ (docente / collaboratore scolastico)

3) \_\_\_\_\_ (docente / collaboratore scolastico)

della scuola: \_\_\_\_\_ del plesso di: \_\_\_\_\_

Si informa che il farmaco è custodito in armadio individuato e riservato, ma non appositamente predisposto, a disposizione di tutto il personale indicato per la somministrazione.

Si declina ogni responsabilità sullo stato di conservazione del farmaco.

Data \_\_\_\_\_ e Firma del genitore/tutore: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ e Firme del personale scolastico:

1) \_\_\_\_\_ (docente / collaboratore scolastico)

2) \_\_\_\_\_ (docente / collaboratore scolastico)