

**Allegato 4 DGR n. 724 del 2024**

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

**(FACSIMILE)**

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

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

(barrare la voce che corrisponde)

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

(oppure)

esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_, sez. \_\_\_\_,  
dell'Istituto \_\_\_\_\_,

Consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

\_\_\_\_\_ da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da attestazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata 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 qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale/dello studente  
\_\_\_\_\_