



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

Istituto Comprensivo POLO 1 NARDÒ

Viale della Costituzione, 18 - 73048 NARDÒ

Tel. 0833/871017 Mail: [LEIC896001@istruzione.it](mailto:LEIC896001@istruzione.it) - PEC: [LEIC896001@pec.istruzione.it](mailto:LEIC896001@pec.istruzione.it)

Codice Fiscale: 91025790758 - C.M.: LEIC896001

<https://www.comprensivonardo1.it/>



Cofinanziato  
dall'Unione europea



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



Erasmus+



**VERBALE DI CONSEGNA DEL FARMACO ALLA SCUOLA**

Il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso il plesso \_\_\_\_\_  
dell'I.C. Polo 1 Nardò, il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, in qualità di  
genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_, classe/sezione \_\_\_\_\_,  
consegna alla scuola il farmaco di seguito indicato, in attuazione della richiesta e della prescrizione  
medica agli atti.

Farmaco \_\_\_\_\_

Quantità/confezioni consegnate \_\_\_\_\_

Data di scadenza \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione indicate nella prescrizione \_\_\_\_\_

Locale/spazio di custodia individuato dalla scuola \_\_\_\_\_

Eventuali dispositivi/attrezzature consegnati \_\_\_\_\_

Il genitore/tutore dichiara che il farmaco è consegnato in confezione integra e si impegna a verificarne la  
scadenza, provvedendo tempestivamente alla sostituzione o al reintegro quando necessario.

La scuola prende in consegna il farmaco e ne cura la custodia secondo la prescrizione medica e il  
Protocollo regionale vigente.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

Firma dell'incaricato della scuola \_\_\_\_\_