



## ISTITUTO STATALE "DUCA DEGLI ABRUZZI"

con indirizzi liceali: Linguistico, Scientifico, Scienze Umane, Scienze Applicate, Economico  
Sociale

Via A. Caccianiga, 5 – 31100 Treviso – tel. 0422 548383 / 541785 – fax 0422  
543843 PEO: TVPM010001@liceoduca.it – PEC: TVPM010001@pec.istruzione.it -  
Codice Fiscale 80011400266

Mod. 03

### VERBALE DI CONSEGNA DEL FARMACO ALLA SCUOLA

**Al fascicolo personale  
dell'alunno/a  
Al genitore dell'alunno/a  
All'alunno/a**

**Oggetto:** Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare a  
favore dall'alunno:

Cognome			
Nome			
Data di nascita		Luogo di nascita	
Classe		Sez	Indirizzo

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

In data \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_,

*(barrare e compilare la voce che corrisponde)*

**la/il sig./sig.ra** \_\_\_\_\_,  
Genitore/Tutore dell'alunno/a

**(oppure in caso di alunno maggiorenne)**

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

consegna al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, una confezione nuova e integra  
del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a come da Certificazione medica e Piano Terapeutico consegnati in segreteria.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico, nel seguente luogo: \_\_\_\_\_

con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/l' esercente la potestà 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.

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

Firma del ricevente	
Firma del Genitore/ Tutore	
Firma dello studente maggiorenne	