**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 - Farmaci salvavita

# DATI SENSIBILI

**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 da 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 Piano Terapeutico consegnato 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 |  |