



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	