



Allegato n° 11 al Piano di Emergenza

FIRME PER RICEVUTA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA A SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Alunno _____ Classe _____ a.s. _____

| | |
|--|-------------------------|
| DOCUMENTAZIONE da distribuire a cura del A.S.P.P. secondo I.O. di cui all'allegato 10 | AGGIORNATA ALLA DATA |
| <ul style="list-style-type: none"> All. 10 – Somministrazione farmaci agli studenti a scuola ALLEGATO A – RICHIESTA DEI GENITORI ALLEGATO B – CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO | |

UFFICI / REPARTI DOVE È DEPOSITATA LA DOCUMENTAZIONE

| REPARTO / UFFICIO | Dipendente che riceve la documentazione <i>(in stampatello)</i> | FIRMA LEGGIBILE | DATA |
|--------------------------------|---|-----------------|------|
| Dirigente | VALERIANO VARANI | | |
| Dsga | GRAZIA HELENE CIANCIOLO | | |
| Vicepresidenza | | | |
| Infermeria / luogo del farmaco | | | |

COORDINATORE DI CLASSE

Il coordinatore provvederà a informare gli altri docenti della classe, raccomandando a tutti il rispetto del segreto d'ufficio.

| CLASSE | NOMINATIVO DEL COORDINATORE <i>(in stampatello)</i> | FIRMA del COORDINATORE <i>(leggibile)</i> | DATA |
|--------|--|--|------|
| | | | |

BGIS02400D - AA0B890 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0007701 - 13/09/2023 - VI.9 - U