



**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"> <li>All. 10 – Somministrazione farmaci agli studenti a scuola</li> </ul> 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