

**Modello Protocollo somministrazione e/o intervento specifico farmaci indispensabili (salvavita) in orario scolastico**

Alunno																												
Classe	Plesso di .....																											
Anno scolastico																												
<b>Farmaco salvavita</b>	.....																											
Da somministrare in caso di:	.....																											
Modalità di somministrazione vedi dicitura sul certificato medico																												
Luogo di conservazione																												
Controllo scadenza farmaco da parte di:	Ins.																											
<b>Intervento specifico da attuare in caso di:</b> vedi dicitura sul certificato medico	..... .....																											
Personale di riferimento disponibile per la somministrazione ovvero per l'intervento specifico	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center" colspan="2">Primo soccorso</th> </tr> <tr> <th></th> <th align="center">si</th> <th align="center">no</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ins.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ins</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ins.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ins.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ins.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coll. Scol.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Altro.....</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Primo soccorso			si	no	Ins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coll. Scol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro.....		
	Primo soccorso																											
	si	no																										
Ins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Ins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Ins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Ins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Ins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Coll. Scol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Altro.....																												

Luogo e data

Firma del/dei genitore

Firme docenti e/o personale ATA disponibili\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Segnalare eventuali bisogni di addestramento / formazione:

La somministrazione e/o intervento specifico richiede / non richiede addestramento - formazione