

**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"> <tr> <td></td> <td align="center">Primo soccorso</td> <td align="center">si</td> <td align="center">no</td> </tr> <tr> <td>Ins.</td> <td></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ins</td> <td></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ins.</td> <td></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ins.</td> <td></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ins.</td> <td></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coll. Scol.</td> <td></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Altro.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </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