



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"
 Via Residenza Archi – 20054 Segrate (Milano)
 Tel. 02 264 11 001
 e- mail segreteria@scuolasabin.it www.icsabin.edu.it
 cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



ALLEGATO 2

**DICHIARAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO A SCUOLA
 (a cura del personale scolastico)**

Referente Sicurezza del plesso

ALUNNO/A

CLASSE

PLESSO

Il Referente sicurezza, i docenti di classe, i collaboratori scolastici e i membri della squadra di Primo Soccorso del plesso in oggetto

DICHIARANO

di avere preso visione della documentazione relativa alla somministrazione del farmaco (Allegato 1) dell'alunno/ interessato/a e di seguirne il protocollo in caso di necessità.

NOME E COGNOME	QUALIFICA	DATA	FIRMA

Il Responsabile Sicurezza del plesso

.....