SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

(da consegnare la Responsabile sicurezza del plesso)

Docente responsabile sicurezza: ……

ALUNNA/O: ……

CLASSE: …….

PLESSO: …….

Dichiaro di aver preso visione della documentazione relativa alla somministrazione del farmaco (Allegato 1) dell'alunna/o in oggetto e di seguirne il protocollo in caso di necessità.

NOME E COGNOME	QUALIFICA	DATA	FIRMA

I docenti della classe sono tenuti a informare ogni altro collega che subentra in classe (es. in sostituzione del docente titolare assente)

Data firma del Responsabile del Plesso

_____