



ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V CUMIANA

ALLEGATO 6 BIS

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Piano per la somministrazione di farmaci in orario scolastico allo/a alunno/a _____
_____ frequentante nell'a.s. 2018/2019 la classe _____
della Scuola _____

Nome commerciale del farmaco da somministrare	
Luogo di conservazione del farmaco	
Luogo di somministrazione del farmaco	
Il farmaco viene somministrato, secondo le modalità della prescrizione allegata, da: 1^ persona incaricata della somministrazione	
nei giorni di	
<input type="checkbox"/> dalle /alle ore	
<input type="checkbox"/> secondo le necessità	
2^ persona incaricata della somministrazione	
nei giorni di	
<input type="checkbox"/> dalle /alle ore	
<input type="checkbox"/> secondo le necessità	
3^ sostituto	

Firma per accettazione del personale incaricato

1 _____

2 _____

3 _____

I genitori (per accettazione)

Il Dirigente Scolastico
