

## SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO RAPPORTO GESTIONE DELL'EMERGENZA

MANIFESTAZIONE EVENTO GIORNO: ..... ORA: .....

LUOGO: .....

ALUNNO/A: .....

PERSONALE INTERVENUTO:

DOCENTE/I: .....

COLL. SCOLASTICO/I: .....

INTERVENTI (inserire sì o no nelle caselle):

CHIAMATA EMERGENZA (112)

AVVISATI GENITORI

SOMMINISTRATO FARMACO

DESCRIZIONE EVENTO / ANNOTAZIONI:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

DATA

Firme del personale intervenuto

.....

**Il presente modulo, compilato e firmato, va consegnato in Segreteria quanto prima dall'evento**