

ALLEGATO 4: PROSPETTO "RIEPILOGATIVO"

**"PROSPETTO RIEPILOGATIVO"
SITUAZIONE CHE HANNO RICHIESTO LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Istituto: _____

Scuola: _____

Indirizzo: _____

Comune: _____

E-mail: _____

Telefono: _____ Fax: _____

data	Situazione verificatasi	Intervento effettuato e modalità	criticità	note

Data

Firma del Dirigente Scolastico
