ISTITUTO COMPRENSIVO "TOMMASONE - ALIGHIERI"
LUCERA (FG)
Piazza Matteotti, 1 - 71036 Lucera
Tel. 0881/522662
P.E.C. fgic876009@pec.istruzione.it P.E.O.: fgic876009@istruzione.it
Codice Meccanografco: FGIC876009 Codice Fiscale 91022320716
Sito web: www.tommasone-alighieri.edu.it

**ALLEGATO 1**

**PROGETTO SICUREZZA – A.S. 2026/2027**

**VERIFICA CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO E**

**RICOGNIZIONE LUOGHI DI CUSTODIA DEI FARMACI**

Istituto Comprensivo "TOMMASONE – ALIGHIERI" – Lucera (FG)

**PLESSO:** _____

**ORDINE DI SCUOLA:** _____

**PIANO:** _____ **DATA:** _____

## 1. VERIFICA CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO

| Ubicazione cassetta | Presente | Verificata | Necessita reintegro |
|---|---|---|---|
| _____ | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No |
| _____ | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No |
| _____ | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No |
| _____ | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No |
| _____ | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No | ☐ Sì ☐ No |

**Eventuali materiali mancanti, scaduti o altre criticità riscontrate:**

_____

_____

## 2. LUOGO DI CUSTODIA DEI FARMACI

Si dichiara di aver verificato e/o preso conoscenza dell'eventuale presenza di farmaci destinati agli alunni, per i quali sia stata presentata formale richiesta da parte delle famiglie e autorizzata la relativa procedura di somministrazione.

**Presenza di farmaci presso il plesso:**

☐ Sì
☐ No

In caso affermativo, indicare il luogo esatto di custodia:

**Locale:** _____

**Armadio / contenitore:** _____

**Ulteriori indicazioni utili per l'individuazione:** _____

**** Per i farmaci, non riportare nell'allegato i nomi degli alunni né i dettagli delle terapie, ma soltanto l'ubicazione del contenitore, nel rispetto della riservatezza dei dati sanitari.*

**3. DICHIARAZIONE DEL PERSONALE ATA**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'ubicazione delle cassette di pronto soccorso e, ove presenti, dei luoghi di custodia dei farmaci destinati agli alunni, al fine di poter fornire tempestivamente le necessarie indicazioni in caso di bisogno.

**Nominativo:** _____

**Firma:** _____

**4. INDICAZIONI**

**RICHIESTE**

_____

**SEGNALAZIONI**

_____

**OSSERVAZIONI**

_____

**Data:** _____

**Responsabile della verifica**

_____

**Responsabile di plesso**

_____

**INTERVENTO DA PORRE IN ESSERE**

_____

_____

IL DSGA: _____

ISTITUTO COMPRENSIVO "TOMMASONE-ALIGHIERI" - LUCERA -

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____

DATA _____