**ALLEGATO 6**

**REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA/INDISPENSABILE/0CCASIONALE**

**PLESSO**

## ALUNNO/A CLASSE SEZ.

**NATO/A a** **il**

## NOME DEL FARMACO SCADENZA

**LUOGO DI CONSERVAZIONE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Ora** | **Farmaco somministrato** | **Dose** | **Firma somministratore** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |