***All. E***

*(a cura degli operatori scolastici)*

***SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI***

**(Relativa alla somministrazione dei “farmaci salvavita”)**

**VERIFICATESI NELL’ANNO SCOLASTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NELL’ISTITUTO SCOLASTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** **E ORA** | **ALUNNO** | **SITUAZIONE VERIFICATASI** | **PERSONALE INTERVENUTO****E FIRMA OPERATORE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |