Registro delle verifiche contenuto cassetta primo soccorso

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plesso**  |  | **Ubicazione della cassetta**  |   |
| **Incaricato della verifica del contenuto della cassetta di Pronto Soccorso** |   | **Eventuale sostituto incaricato con provvedimento formale di nomina**  |   |

|  |
| --- |
| **Registro delle verifiche contenuto cassetta primo soccorso – a.s. 2023-2024** |
| **Data in cui è effettuato il controllo**  | **La verifica è stata effettuata da**  | **Firma**  | **Note** (Nelle note sarebbe utile e necessario indicare la data in cui è stata effettuata e protocollata l’eventuale richiesta di forniture a completamento del materiale della cassetta inviata al Dirigente Scolastico tramite l’apposito modulo che andrebbe predisposto e consegnato all’incaricato)  |
| ***Giorno***  | ***Mese***  |
|   | **Settembre**  |   |   |   |
|   | **Ottobre**  |   |   |   |
|   | **Novembre**  |   |   |   |
|  | **dicembre**  |   |   |   |
|   | **Gennaio**  |   |   |   |
|   | **Febbraio**  |   |   |   |
|  | **Marzo**  |   |   |   |
|   | **Aprile**  |   |   |   |
|   | **Maggio**  |   |   |   |
|  | **Giugno**  |  |  |  |