Istituto Comprensivo Statale “88° Eduardo De Filippo”

Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado “Madonnelle”
Via Madonnelle, n° 130 – 80147 Napoli - tel. 081 773 52 00

Registro soggetti bisognosi di farmaci indispensabili e/o salvavita, ovvero con limitazioni terapeutiche o alimentari

ex art. 15, D. Lgs 9 aprile 2008, n° 81 e s.m.i.

R.It.a.s.2

Data	agg.	agg.	agg.	agg.	red.	ver.	app.
Settembre 2022	Settembre 2023	Settembre 2024	Settembre 2025	Settembre 2026	em	12	cs

Soggetti bisognosi di farmaci indispensabili o salvavita

N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			
N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			
N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			
N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			
N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			
N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			
N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			
N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			
N.O.	COGNOME		NOME		CLASSE		SEZIONE	
	FARMACO/I	☐ INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA		TEL. EMERGENZA	FAMILIARI MEDICO			

Soggetti con limitazioni terapeutiche

N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	LIMITAZIONE/I			**TEL. EMERGENZA**			

Soggetti con limitazioni alimentari

N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			
N.O.	**COGNOME**		**NOME**		**CLASSE**	**SEZIONE**	
	ALLERGENE/I			**TEL. EMERGENZA**			