



**Istituto Comprensivo
Carinola - Falciano del Massico
Carinola – CE -**

tel.: 0823/939042 – 0823/939063
fax: 0823/939042 – 0823/939542
cod. mecc.: CEIC88700P
e-mail: ceic88700p@istruzione.it



Prot.n°..... del

Agli addetti al pronto soccorso

CIRCOLARE N° 22

al D.S.G.A.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO: il D.Lgs. n°81 del 9 aprile 2008 – Testo Unico in materia di tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro.

VISTO: il D.Lgs. n°106 del 03 agosto 2009 – Disposizioni integrative e correttive del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n°81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

VISTO: quanto riportato nella contrattazione integrativa d'istituto.

VISTO: la nomina di addetto al pronto soccorso ai sensi dell'art.45 del D.Lgs. n°81/08 e s.m.i.

VISTO: che deve essere garantita la gestione della sicurezza secondo quanto disposto dal D.Lgs. n°81/08 e s.m.i.

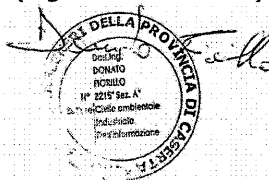
DISPONE

che tutto il personale incaricato come addetto al pronto soccorso provveda alla revisione del materiale contenuto nelle cassette di pronto soccorso ubicato nei plessi scolastici; secondo il verbale allegato al presente ordine di servizio.

Che a seguito della revisione gli addetti provvederanno alla consegna del verbale al Dirigente Scolastico e al D.S.G.A.; quest'ultimo provvederà ad effettuare l'acquisto del materiale mancante.

Si rammenta che le disposizioni di cui sopra sono obbligatorie ai sensi del D.Lgs. n°81/08 e s.m.i. e che il non rispetto delle stesse comporta sanzione penale e amministrativa da parte degli organi di vigilanza.

Il R.S.P.P.
(ing. Donato Fiorillo)



Il Dirigente Scolastico
(dott.ssa Giuseppina Zannini)





Istituto Comprensivo Carinola - Falciano del Massico

Corso Umberto I, 45 - 81030 Carinola - CE

Tel: 0823-939063; fax :0823-939542;

Codice Fiscale : 95014250617

Sito web: iccarinola-falciano.edu.it

e-mail: ceic88700p@istruzione.it pec: ceic88700p@pec.istruzione.it



MODULO CONTROLLO PRESIDI SANITARI

CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO

Plesso Scolastico: _____

A.S. 2022/2023

Legenda:

Firma addetto: _____ (firma leggibile dell'addetto che esegue il controllo)	Data controllo: ____/____/____	Compilazione tabella: Indicare con una X Specificare la q.tà da sostituire
---	--	---

	Data controllo:	____/____/____	____/____/____
	Stato del presidio:	Conforme	Sostituire / integrare
	Contenuto:		
1	N. 5 paia di guanti sterili monouso		
2	N. 1 flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro		
3	N. 3 flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml		
4	N. 2 rotoli di cerotto alto 2,5 cm		
5	N. 2 confezione di cerotti di varie misure.		
6	N. 1 confezione di cotone idrofilo da 100 g.		
7	N. 10 compresse di garze sterili 10x10 in buste singole.		
8	N. 2 compresse di garza sterile 18x40 in buste singole .		
9	N. 1 confezione di rete elastica di misura media.		
10	N. 2 confezioni di ghiaccio pronto uso.		
11	N. 3 lacci emostatici.		
12	N. 2 teli sterili monouso		
13	N. 1 termometro.		
14	N. 1 paio di forbici con punta arrotondata		
15	N. 2 paia di pinzette da medicazione sterili monouso.		
16	N. 2 sacchetti monouso per la raccolta dei rifiuti sanitari.		
17	N. 1 Visiera Paraschizzi		
18	N. 1 Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		

Alla data del controllo la cassetta è risultata: ☐ CONFORME - ☐ NON CONFORME

FIRMA RESPONSABILE DI PLESSO : _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Per l'acquisto una copia del presente modulo è stata consegnata

in data ____/____/____ a _____ - PROT. N. _____
(Nome Cognome)

All'arrivo del materiale richiesto consegnare all'addetto di P.S. _____
(Nome Cognome)