



*Indirizzo Tecnico: Turistico - Indirizzi Professionali: Agricoltura e Sviluppo Rurale – Servizi Socio Sanitari –  
Enogastronomia e Ospitalità Alberghiera – Manutenzione e Assistenza tecnica*

Sede Legale: Via Morandi, 4 – 42035 Castelnovo ne' Monti (RE) tel. 0522/612328

Segreteria: Via Matilde di Canossa, 1 – 42035 Castelnovo ne' Monti (RE) tel. 0522/812347

Codice Fiscale: 91161590350 Codice Univoco: UFH04Z

Email: [iiscastelnovonemonti@gmail.com](mailto:iiscastelnovonemonti@gmail.com) - Email: [reis014004@istruzione.it](mailto:reis014004@istruzione.it) PEC: [reis014004@pec.istruzione.it](mailto:reis014004@pec.istruzione.it)

Castelnovo ne' Monti (R.E.), 10/05/2025

Circolare n. 254

Ai collaboratori scolastici incaricati:

Sig.ra Lucia Zambonini (sede *Alberghiero*)  
Sig.ra Francesca Sanna (sede *Meccanico*)  
Sig.ra Paola Zanelli (sede *Turistico*)  
Sig.ra Angela Grimaldi (sede *Agrario*)  
Sig.ra Carmela Scarfato (sede *Sociale*)  
Sig.ra Tiziana Pini (sede Segreteria)

e p.c. Ai responsabili di sede  
Al RSPP Geom. Nicola Gaspari  
Alla ASPP Prof.ssa Isabella Vaccari  
Alla DSGA  
Agli Atti

**Oggetto: verifica del contenuto della cassetta di Primo Soccorso e trasmissione "Registro verifiche contenuto cassetta primo soccorso"**

Le SS.VV. sono pregate di verificare il contenuto della cassetta di Primo Soccorso ricordando che esso deve contenere:

**Contenuto minimo della cassetta di Primo Soccorso**

- Guanti sterili monouso (5 paia)
- Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1)
- Flaconi di soluzione fisiologica ( sodio cloruro – 0, 9%) da 500 ml (3)
- Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10)
- Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2)
- Teli sterili monouso (2)
- Pinzette da medicazione sterili monouso (2)
- Confezione di rete elastica di misura media (1)
- Confezione di cotone idrofilo (1)
- Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2)
- Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (2)
- Un paio di forbici
- Lacci emostatici (3)
- Ghiaccio pronto uso (due confezioni)
- Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2)
- Termometro
- Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa
- Visiera paraschizzi

Si trasmette in allegato

1. Registro delle verifiche contenuto cassetta primo soccorso che deve essere utilizzato
2. Modulo richiesta reintegro cassette primo soccorso

Registro delle verifiche contenuto cassetta primo soccorso	
Sede	
Ubicazione della cassetta/e	
Incaricato della verifica del contenuto della cassetta di Pronto Soccorso	
Eventuale sostituto	

**Registro delle verifiche contenuto cassetta primo soccorso – a.s. 2024/2025**

Data in cui è effettuato il controllo		La verifica è stata effettuata da:	Firma	Note
Giorno	Mese			
	<b>Settembre</b>			(Nelle note deve essere indicata la data in cui è stata effettuata e protocollata l'eventuale richiesta di fornitura a completamento del materiale della cassetta inviata al Dirigente Scolastico tramite l'apposito modulo)
	<b>Ottobre</b>			
	<b>Novembre</b>			
	<b>Dicembre</b>			
	<b>Gennaio</b>			
	<b>Febbraio</b>			
	<b>Marzo</b>			
	<b>Aprile</b>			
	<b>Maggio</b>			
	<b>Giugno</b>			
	<b>Luglio</b>			
	<b>Agosto</b>			

**Modulo richiesta reintegro cassette primo soccorso**

Cassetta pronto soccorso ubicazione

SEDE \_\_\_\_\_

CASSETTE PRESENTI N. \_\_\_\_\_

Personale referente richiedente:

<b>Descrizione materiali/articoli</b>	<b>Q.tà minima</b>	<b>Q.tà reintegro</b>
Guanti sterili monouso	5 paia	
Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro	1	
Visiera paraschizzi	1	
Flaconi di soluzione fisiologica ( sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml	3	
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10	
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2	
Teli sterili monouso	1	
Pinzette da medicazione sterili monouso	1	
Confezione di rete elastica di misura media	1	
Rotoli di cerotto alto cm 2,5	2	
Confezione di cotone idrofilo	1	
Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso	2	
Forbici	1	
Lacci emostatici	3	
Ghiaccio pronto uso	2	
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	1	
Termometro	1	
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa	1	

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Da presentarsi alla DSGA