

Allegato 5

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....scuola/agenzia formativa.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico/formativo

profilo professionale

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....

Firma Operatorio Sanitario

Firma OperatoreScolastico/formativo

.....

.....

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/formativo

.....

3. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/formativo

.....

4. CHIUSURA PERCORSO

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico/formativo.

data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento

data.....

Firma Operatore Scolastico/formativo

.....

5. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti con la presente, delegano formalmente il personale scolastico/formativo di cui sopra all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di informazione/formazione e addestramento.

firma (padre).....

firma (madre).....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/DIRETTORE DELL'AGENZIA FORMATIVA

.....