

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