Allegato 3

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno…….....

Frequentante la classe…….....istituzione scolastica o formativa……..…

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e 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

…….
…….
……

Firma Operatore Sanitario ..... Firma Operatore Scolastico/Formativo .....

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

……
……...…
……

Firma Operatore Sanitario ..... Firma Operatore Scolastico/Formativo .....

3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

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

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno……..., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)…….. Firma (madre)…….....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

….……