



ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V CUMIANA

ALLEGATO 6

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno _____

Frequentante la classe _____ scuola _____

Nome e Cognome dell'operatore scolastico	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 Operario Sanitario _____

Firma Operatore Scolastico _____



ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V CUMIANA

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

Data _____

Firma Operatorio Sanitario _____

Firma Operatore Scolastico _____

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

Data _____

Firma Operatorio Sanitario _____

Firma Operatore Scolastico _____

4. CHIUSURA PERCORSO



ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V CUMIANA

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

Data _____

Firma Operatorio 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 _____

5. AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

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

Firma (padre) _____

Firma(madre) _____

Il Dirigente Scolastico _____