**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Nome e Cognome dell’alunno……………………………………………………………………………………………..........................

Frequentante la classe……………………….......... istituzione scolastica ………………………………………………………………

Nome e Cognome dell’operatore scolastico 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

.............................................................. ….…………....................................................

1. **ESECUZIONE TECNICA DELL’OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL’OPERATORE SANITARIO**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico

......................................................... ……...............................................................

1. **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.

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

 ………...........................................................

1. **DELEGA DEI GENITORI**

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

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

(Luogo e Data) ................................ il ...................

 **VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

……………………………………………………………………..