**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**

……………………………………………………………………..