# 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

.............................................. ......................................................

1. **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

............................................... ...........................................................

1. **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

..............................................................

1. **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**

**………………………………………………..**