	Ministero dell'Istruzione UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE** **"P.Giannone–E.DeAmicis"** C.so Giannone, n°5 –Caserta	

Allegato 3

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

....

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

.....

.....

.....

Firma Operatore Sanitario — Firma Operatore Scolastico

....

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.

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

.....

4. 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

.....