**Allegato 3**

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

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

Frequentante la classe………………………...........scuola/agenzia formativa…………………………………………….…

Nome e Cognome dell’operatore scolastico/formativo 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/formativo

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

.

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

**2. ESECUZIONE TECNICA DELL’OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL’**

**OPERATORE SANITARIO**

…

…

…

…

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

..

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

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

Firma Operatore Sanitario

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

Firma Operatore Scolastico/formativo

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

.

**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/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

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

.

**4. DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti, genitori dell’alunno……………………………………….., con la presente **delegano formalmente** il

personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario

scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

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

**VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/DIRIGENTE FORMATIVA**

**…**

**………………………………………**