

## SCHEMA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....del Plesso.....dell'Istituto.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o 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 o 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 (genitore 1)..... Firma (genitore 2).....

### VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

.....