

**Allegato 5**

**SCHEMA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore**

**Nome e Cognome dell'alunno**.....

nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a .....C.F. ....

Frequentante la scuola .....classe ..... A.S. \_\_\_/\_\_\_

**Nome e Cognome del Tutor scolastico**

**profilo professionale**

Il minore:

- è affetto da: \_\_\_\_\_
- necessita di: \_\_\_\_\_
- è portatore di: \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_
- è autonomo per: \_\_\_\_\_

**INTERVENTO per la gestione di:**

- Terapia insulinica multiiniettiva
- Crisi asmatica
- Crisi convulsiva
- Nutrizione/Idratazione Enterale tramite PEG
- Aspirazione orofaringea
- Aspirazione endotracheale
- Cateterismo Vescicale
- Altro \_\_\_\_\_

**INTERVENTO del tutor come:**

- ◆ Gestione diretta
- ◆ Supervisione
- ◆ Altro \_\_\_\_\_

**FASI DELL'INTERVENTO:**

- 1) SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO
- 2) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO
- 3) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO
- 4) CHIUSURA PERCORSO

**Allegato 5**

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore**

Nome e Cognome dell'alunno.....  
nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a ..... C.F. ....  
Frequentante la scuola ..... classe ..... A.S. \_\_\_/\_\_\_

<b>Nome e Cognome del Tutor scolastico</b>	<b>profilo professionale</b>
.....	.....

**1) SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

**2) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Note.....  
.....

**Allegato 5**

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore**

**Nome e Cognome dell'alunno**.....

nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a .....C.F. ....

Frequentante la scuola .....classe ..... A.S. \_\_\_/\_\_\_

**Nome e Cognome del Tutor scolastico**

**profilo professionale**

.....  
Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

**3) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Note.....  
.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

**Allegato 5**

**SCHEMA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore**

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a .....C.F. ....

Frequentante la scuola .....classe ..... A.S. \_\_\_/\_\_\_

**Nome e Cognome del Tutor scolastico**

**profilo professionale**

.....

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Note.....

.....

Firma Op. Sanitario \_\_\_\_\_ Firma Tutor Scolastico \_\_\_\_\_

**4) CHIUSURA PERCORSO**

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico di seguito elencato.

**Nomi e Firme del personale sanitario formatore**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TUTOR** \_\_\_\_\_

**I GENITORI**

concordano e sottoscrivono la chiusura del percorso di formazione preliminare/addestramento, e confermano la delega al personale scolastico/tutor di cui sopra per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico.

Firma genitore.....

Firma genitore.....

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO/SUO DELEGATO**

concorda e sottoscrive.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_