

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

**INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO**

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

**SEDE DELL'INTERVENTO FORMATIVO:**

\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

**OGGETTO DELL'INTERVENTO FORMATIVO:**

- ALLERGIE ALIMENTARI/ANAFILASSI
- ASMA BRONCHIALE
- CONVULSIONI FEBBRILI/EPILESSIA
- ALTRO \_\_\_\_\_

**FASI DELL'INTERVENTO FORMATIVO E DELLA VERIFICA DI APPRENDIMENTO:**

**Fase preliminare**

Refresh sulle conoscenze teoriche in merito alla patologia oggetto della formazione: meccanismi generali eziopatogenetici; prevenzione evento acuto; riconoscimento di segni e sintomi e gestione dell'evento acuto; gestione emergenza ed attivazione del servizio 112.

**Fasi dell'addestramento pratico:**

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO DELLA CORRETTA TECNICA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/REALIZZAZIONE INTERVENTO
2. ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO E AI GENITORI
3. ESECUZIONE TECNICA AUTONOMA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO E DEI GENITORI
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.

**Formazione pratica avvenuta su All. 3 del .....**

**NOTE**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nomi e Firme del PERSONALE SANITARIO FORMATORE**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

**INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO**

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

**I TUTOR**

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, i sottoscritti si dichiarano disponibili ed in grado di eseguire autonomamente l'intervento oggetto di formazione, come tutor del minore.

<b>Nomi e Cognomi dei Tutor scolastici</b>	<b>Profili Professionali</b>	<b>Firme</b>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**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 PEDAGOGICO/DIDATTICO/SUO DELEGATO**  
 concorda e sottoscrive.

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

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