

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore/altra sede

Nome e Cognome dell'alunno.....
 nato il ____/____/____ aC.F./STP/ENI.....
 Frequentante la scuolaclasse 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 FORMATIVO per la gestione di:

- Terapia insulinica multiiniettiva
- Crisi asmatica
- Crisi convulsiva
- Allergia a _____
- Nutrizione/Irratazione Enterale tramite PEG
- Aspirazione orofaringea
- Aspirazione endotracheale
- Cateterismo Vescicale
- Altro _____

INTERVENTO FORMATIVO del tutor come:

- ◆ Gestione diretta
- ◆ Supervisione
- ◆ Altro _____

FASI DELL'INTERVENTO FORMATIVO e della VERIFICA DI APPRENDIMENTO:

- 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
- 3) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO
- 4) CHIUSURA PERCORSO

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore/altra sede

Nome e Cognome dell'alunno.....
 nato il ____/____/____ aC.F./STP/ENI.....
 Frequentante la scuolaclasse A.S. ____/____

Nome e Cognome del Tutor scolastico

Profilo professionale

.....

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 _____

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore/altra sede

Nome e Cognome dell'alunno.....
 nato il ____/____/____ aC.F./STP/ENI.....
 Frequentante la scuolaclasse A.S. ____/____

Nome e Cognome del Tutor scolastico

Profilo professionale

.....

2) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'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 _____

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore/altra sede

Nome e Cognome dell'alunno.....
 nato il ____/____/____ aC.F./STP/ENI.....
 Frequentante la scuolaclasse A.S. ____/____

Nome e Cognome del Tutor scolastico

Profilo professionale

.....

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 _____

Data____/____/____

Note.....

.....

Firma Op. Sanitario _____ Firma Tutor Scolastico _____

Data____/____/____

Note.....

.....

Firma Op. Sanitario _____ Firma Tutor Scolastico _____

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore/altra sede

Nome e Cognome dell'alunno.....
 nato il ____/____/____ aC.F./STP/ENI.....
 Frequentante la scuolaclasse A.S. ____/____

Nome e Cognome del Tutor scolastico

Profilo professionale

.....

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.

NOTE

Nomi e Firme del PERSONALE SANITARIO FORMATORE

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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 PEDAGOGICO/DIDATTICO/SUO DELEGATO
 concorda e sottoscrive.

Nome e Cognome _____ FIRMA _____

Data ____/____/____