

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Codice Fiscale: 94062750032 - Codice Meccanografico: NOIC82300L

Tel. 0321 692625 - Sito web: www.istitutocomprensivobellini.edu.itE-mail: noic82300l@istruzione.it - PEC: noic82300l@pec.istruzione.it

Allegato 5

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno _____

Frequentante la classe _____ scuola/agenzia formativa _____

Nome e Cognome dell'operatore scolastico/formativo	profilo professionale

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmacoindispensabile o salvavita)

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Luogo e Data _____

Firma Operario Sanitario

Firma Operatore Scolastico/formativo

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Codice Fiscale: 94062750032 - Codice Meccanografico: NOIC82300L

Tel. 0321 692625 - Sito web: www.istitutocomprensivobellini.edu.itE-mail: noic82300l@istruzione.it - PEC: noic82300l@pec.istruzione.it**4. CHIUSURA PERCORSO**

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
_____**5. DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti con la presente, delegano formalmente il personale scolastico/formativo di cui sopra all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di informazione/formazione e addestramento.

firma (padre) _____

firma (madre) _____

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/DIRETTORE DELL'AGENZIA FORMATIVA
