

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ 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 con _____
- Crisi asmatica
- Crisi convulsiva
- Allergia a _____
- Anafilassi
- Nutrizione/Idratazione Enterale tramite PEG
- Aspirazione orofaringea
- Aspirazione endotracheale
- Cateterismo Vescicale
- Altro _____

INTERVENTO FORMATIVO del tutor come:

- ◆ Gestione diretta
- ◆ Supervisione
- ◆ Altro _____

Formazione pratica avvenuta su All. 3 del _____ dal titolo “ _____ ”

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

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

Nome e Cognome del TUTOR scolastico

Profilo professionale

1) SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO FORMATORE

DATA ____/____/____

Note.....

.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

Nome e Cognome del TUTOR scolastico

Profilo professionale

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

DATA ____/____/____

Note.....

.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ 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 Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

Nome e Cognome del TUTOR scolastico

Profilo professionale

NOTE

4) CHIUSURA PERCORSO

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico identificato, delegato e formato come tutor scolastico del minore

N.B. Si ricorda ai genitori e al personale scolastico di verificare che l'allegato 3 in uso alla scuola sia sempre quello più aggiornato, e sia accompagnato dalla/e pagina/e contenente/i gli specifici schemi tecnici illustrati, se previsti

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 _____

ALTRI EVENTUALI PRESENTI

NOME E COGNOME

QUALIFICA

FIRMA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE PEDAGOGICO/DIDATTICO/SUO DELEGATO
concorda e sottoscrive.

Nome e Cognome _____ FIRMA _____

Data ____/____/____