

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il ___/___/___ aC.F.

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 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

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il ___/___/___ aC.F.

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 _____

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

Data ___/___/___

Note.....

.....

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il ___/___/___ aC.F.

Frequentante la scuolaclasse 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 _____

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE presso la scuola del minore

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il ___/___/___ aC.F.

Frequentante la scuolaclasse 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 ___/___/___