SCHEDA INFORMATIVA IN SITUAZIONE

Nome e cognome dell'alunno/a

frequentante la classe sez. istituzione scolastica

nome e cognome dell'operatore scolastico e profilo professionale:

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

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Firma operatore sanitario

Firma operatore scolastico

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO

Firma operatore sanitario

Firma operatore scolastico

3. CHIUSURA PERCORSO IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

Data

Firma operatore sanitario

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile e in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento

Data

Firma operatore scolastico

4. DELEGA DEI GENITORI

Noi sottoscritti genitori dell'alunno con

la presente delegano formalmente il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico al termine del percorso in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre) _____

Firma (madre) _____

(Luogo e data), , il

VISTO, il Dirigente scolastico dell'I.C. "Bruno Munari"