



Istituto Comprensivo ENNIO MORRICONE

Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716

Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<https://www.icbelfortedelchienti.edu.it>

✉ RMIC8EQ00G@istruzione.it

pec: RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it



egato 3 **SCHEDA FORM**

ALLE

ALLEGATO 8

OGGETTO: FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno/a

.....

.....
frequentante la classe scuola

Nome e Cognome del personale scolastico e profilo professionale

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....
.....
.....
.....

Firma Operatore Sanitario

Firma Personale

Scolastico

.....

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

.....
.....
.....
.....

Firma Operatore Sanitario

Firma Personale Scolastico

3. CHIUSURA PERCORSO DI FORMAZIONE IN SITUAZIONE

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

Roma,

Firma Operatore Sanitario
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.

Firma Personale Scolastico

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno/a, 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 di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)

Firma (madre)

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

dichiara che, ai fini dell'applicazione dell'art. n. 317 del Codice Civile, l'altro genitore, in ogni caso posto a conoscenza della autorizzazione di cui sopra, non può firmare il consenso perché assente per:

Lontananza

Impedimento

Altro

Firma del genitore dichiarante _____

Roma,.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Paolo Lozzi

documento firmato digitalmente da Paolo Lozzi ai sensi
del Codice dell'Amministrazione Digitale e norme ad esso connesse