

Istituto Scolastico: _____ Plesso _____

SCHEDA "FORMAZIONE IN SITUAZIONE"

Nome e Cognome dell'alunno/afrequentante la classedella

Scuola..... sita in _____

Nome Cognome **Operatore Scolastico** _____

Profilo _____

Nome Cognome **Operatore Sanitario** _____

Qualifica e ruolo rivestito _____

nome e cognome **Operatore Psicopedagogico** _____

Contenuti della Formazione

- Accompagnamento formativo
- Informazioni sulla patologia specifica
- Spiegazione, dimostrazione della tecnica e relativa esecuzione

Note _____

Si dichiara concluso il percorso di formazione/addestramento.

Firma dell'Operatore Scolastico Formato al BLS-D _____

Firma dell'Operatore Sanitario Formatore _____

Firma del PLS o Medico identificato _____

Firma dei docenti presenti _____

Firma dei genitori _____

Data

Il Dirigente Scolastico

Il Responsabile dell'UOEPS del Distretto 34