

## Modulo Controllo delle competenze Addetta / addetto alle cure sociosanitarie CFP

**Competenza operativa 4.2:** Applica le direttive di igiene, disinfetta strumenti e superfici.

Azienda di tirocinio Reparto Semestre

Persona in formazione Data+ora dello svolgimento

Formatore

Qualifica: Inf. OSS

Criteria di valutazione	Osservazioni	Punti
<b>Preparazione e follow-up del compito</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si procura tutte le informazioni necessarie per lo svolgimento del compito</li><li>• Prepara tutto il materiale in modo completo</li><li>• Allestisce il posto di lavoro in modo ergonomico e organizza il processo su questa base</li><li>• Riordina il posto di lavoro secondo le direttive aziendali</li><li>• Pulisce e smaltisce il materiale in modo competente</li></ul>		
<b>Svolgimento: capacità</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rispetta le norme di igiene</li><li>• Applica le misure precauzionali</li><li>• Padroneggia le tecniche di disinfezione e decontaminazione</li><li>• Padroneggia le tecniche legate alla preparazione del materiale sterile</li><li>• Sollecita la partecipazione dei clienti</li><li>• Informa i clienti</li></ul> <b>Svolgimento: attitudini</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• È accurato, preciso, esatto, meticoloso</li><li>• È cortese</li><li>• È rispettoso</li><li>• È parsimonioso</li></ul>		
<b>Sicurezza sul lavoro e protezione della salute</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rispetta le norme di sicurezza sul lavoro e di protezione della salute</li></ul>		

**Calcolo della nota Controllo delle competenze**

	Punti ottenuti	Ponderazione	Punti ponderati
Preparazione e follow-up*		1 volta	
Svolgimento*		3 volte	
Sicurezza sul lavoro e protezione della salute*		3 volte	
<b>Totale punti</b>			

<b>Nota controllo delle competenze*</b>	
---	--

\* Per la ripartizione dei punti e la scala delle note vedi pagina seguente

**Obiettivi e misure di sostegno**

Obiettivi	Misure di sostegno	Data limite	Responsabilità

Data

Firma persona in formazione\*\*

Firma formatore

Data

Firma del rappresentante legale (per persone in formazione minorenni)

\*\* Con la sua firma la persona in formazione conferma di aver preso atto di queste informazioni.