

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

### Competenza operativa 5.3:

Pulisce apparecchi e mobilia e fa in modo che siano sempre pronti per l'uso.

Azienda di tirocinio	Reparto	Semestre
Persona in formazione	Data+ora dello svolgimento	
Formatore	Qualifica: Inf.	OSS

Criteri 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>• Cura la pulizia e la manutenzione degli apparecchi secondo le prescrizioni dell'istituto</li><li>• Controlla il buon funzionamento degli apparecchi, della mobilia e dei mezzi ausiliari</li><li>• Identifica apparecchi, mobilia e mezzi ausiliari difettosi e trasmette al servizio competente quanto constatato</li><li>• Allestisce e compila le liste di controllo della pulizia e del controllo degli apparecchi</li><li>• Gestisce il materiale e gli apparecchi con cura e in modo da risparmiare risorse</li></ul> <b>Svolgimento: attitudini</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• È accurato</li><li>• Lavora con precisione</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\*\*

Data                      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.