****

 **MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE Padre Cesare Albisetti

Via dei Vignali, 15 – 24030 Terno d’Isola (Bg)

Tel: 035 4940048 – Fax: 035 4949672

e-mail uffici: BGIC88100D@istruzione.it

Posta Certificata: bgic88100d@pec.istruzione.it

C.F. 91026020163 – Codice Univoco UF5HE4

sito - www.icternodisola.edu.it

#

# PROTOCOLLO OPERATIVO PER L’ACCESSO DI TERAPISTI PRIVATI IN CLASSE/SEZIONE IN ORARIO CURRICOLARE

### PREMESSA

L’Istituto Comprensivo “Padre cesare Albisetti” consente l’accesso ai terapisti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di I grado dell’Istituto, al fine di consentire un miglior perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti, dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino e della sua famiglia. È necessario quindi costruire una stretta rete di collaborazione e di raccordo tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie per dare una concreta attuazione all’inclusione scolastica e sociale.

L'esigenza di formalizzare le procedure per l’accesso degli specialisti esterni nasce dalla necessità di contemperare il diritto all'Inclusione degli alunni con difficoltà e/o disabilità con la normativa sulla privacy, sul rispetto del segreto in Atti d'Ufficio, sulle norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola.

## Art 1. ACCESSO DI SPECIALISTI E TERAPISTI INDICATI DALLE FAMIGLIE

## L’Istituto consente l’accesso di un terapista/specialista privato o pubblico in classe/sezione, previa progettazione definita e condivisa in una riunione tecnica a cui partecipano tutti gli attori coinvolti: famiglia, docenti, referente per l’inclusione dell’Istituto, operatori sanitari pubblici e/o accreditati e/o privati. Il professionista è tenuto a limitarsi all’osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni e dei docenti/operatori presenti in classe. Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire con l’attività in corso della classe/sezione.

## Art 2. INTERVENTI DI OSSERVAZIONE O DI SUPPORTO ALL’ALUNNO

## Azioni da mettere in atto

1. Richiesta da parte dei genitori per l’accesso del terapista inviata al dirigente scolastico all’indirizzo mail istituzionale (Mod. A). Alla richiesta va allegato il Progetto di osservazione (su carta intestata della struttura o del professionista con riferimento all’iscrizione all’albo professionale) che dovrà contenere le seguenti informazioni:
	* motivazione dettagliata dell’osservazione;
	* finalità, obiettivi e modalità dell’osservazione;
	* durata del percorso (inizio e fine);
	* giorno e orario di accesso richiesti;
	* garanzia di flessibilità organizzativa.

Il progetto dovrà essere sottoscritto anche dai genitori dell’alunno. Alla domanda, inoltre, dovranno essere allegati anche i seguenti documenti dello specialista: il documento di identità in corso di validità, l’autodichiarazione sottoscritta rispetto al Casellario penale (Mod. B) e la dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy (Mod.C ) in riferimento a tutte le informazioni di cui verrà in possesso relative agli alunni della classe/sezione, al personale della scuola e all’organizzazione del sistema scolastico dell’Istituto.

b) Il DS acquisisce il consenso all’accesso dello specialista esterno da parte dei docenti coinvolti al momento dell’osservazione (Mod. D).

c) Il Ds acquisisce il consenso all’accesso dello specialista esterno da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe/sezione (Mod. E).

e) Il Ds esprime l’autorizzazione all’accesso in forma scritta.

f) Il terapista si impegna a consegnare e a condividere con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell’osservazione effettuata, che verrà inserito nel Fascicolo Personale dell’alunno osservato.

**Approvato dal Consiglio di Istituto con delibera n.153 del 30/11/23**

Allegati:

* + MODELLO A - RICHIESTA GENITORI ACCESSO AI TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE
	+ MODELLO B - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO) (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
	+ MODELLO C - DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)
	+ MODELLO D - DICHIARAZIONE PERSONALE DOCENTE
	+ MODELLO E - Informativa ai Genitori della Classe INGRESSO IN CLASSE/SEZIONE DI TERAPISTA DURANTE ORARIO CURRICOLARE

*Modello A*

**RICHIESTA GENITORI ACCESSO AI TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE**

Al Dirigente Scolastico dell’IC

di Terno d’Isola

I sottoscritti padre e madre (altro: ) dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n°\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della scuola \_

# Chiedono

di poter far entrare nella classe/sezione\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_il/la terapista/specialista dott./dott.ssa

iscritto all’Albo al n.ro

appartenente all’Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

durante l’orario didattico per l’attività definita nel progetto allegato.

Terno d’Isola, lì / / Firma\*

Firma\*

Allegati: documenti e progetto del dott./dott.ssa \_ \_

**\***Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

*MODELLO B*

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a nato/a il residente in \_Via n. \_ codice fiscale in qualità di \_\_\_ \_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_ partita IVA/codice fiscale

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

## DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

* + di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
	+ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Data FIRMA

*MODELLO C*

# DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

Il/La sottoscritto/a nato/a a il CF: in qualità di dell’alunno/a

 frequentante la sezione/classe

## SI IMPEGNA

nell’ambito del servizio prestato nell’Istituto, a:

* 1. adottare ogni possibile precauzione affinché la propria presenza in aula nelle ore curricolari sia del minimo impatto possibile sulla regolarità delle attività didattiche della classe;
	2. considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
	3. utilizzare le informazioni confidenziali e riservate unicamente allo scopo per le quali sono state fornite o rese note, impegnandosi a non divulgarle a soggetti terzi;
	4. non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all’Istituzione scolastica ospitante;
	5. non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall’attività svolta;
	6. a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del GDPR 2016/679 e del D.lgs. 101/2018, affinché tutte le informazioni acquisite non potranno in alcun modo e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.

Data Firma

#

*MODELLO D*

***DICHIARAZIONE DOCENTI***

Al Dirigente Scolastico dell’IC Terno d’Isola

I docenti della classe/sezione della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***vista***

la richiesta formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapista/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

in considerazione del Progetto di osservazione e della documentazione presentata dalla famiglia;

**DICHIARANO**

di essere **DISPONIBILI** a consentire la presenza del terapista/specialista sanitario in orario curricolare;

Terno d’Isola, lì / /

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*MODELLO E*

Al Dirigente Scolastico dell’IC Terno d’Isola

# NOTA INFORMATIVA AI GENITORI PER L’ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE

(da compilare e consegnare all’insegnante di sezione/classe)

I sottoscritti \_\_\_\_e\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_\_\_, classe/sezione \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARANO

di essere stati informati dall’insegnante di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nell’osservazione di un alunno presente nella classe/sezione.

Si dichiara d’accordo con tale attività.

Dichiara, inoltre, di essere stato informato che il/la terapista/specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi della normativa vigente, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

I genitori esprimono il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

Terno d’isola, lì / /

Firma\* Firma\*

**\***Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori