



Istituto Comprensivo Statale
“don Lorenzo Milani”

Calvario - Covotta

Ariano Irpino - Greci - Montaguto - Savignano



PROTOCOLLO OPERATIVO PER ACCESSO IN CLASSE TERAPEISTI

Approvato con delibera n. 19 del Collegio Docente del 11.09.2024

Approvato con delibera n. 13 del Consiglio di Istituto del 19.09.2024

PREMESSA

L'Istituto Comprensivo "Calvario - Covotta" consente l'accesso di terapisti/specialisti sanitari (pubblici e privati) su richiesta delle famiglie interessate, al fine di dare continuità alla presa in carico di alunni della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado dell'Istituto e dispone il presente Protocollo Operativo secondo quanto indicato nel PTOF e nel Piano Annuale per l'Inclusione.

MODALITÀ DI ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI E TERAPEISTI PRIVATI INDICATI DALLE FAMIGLIE

L'Istituto acconsente all'accesso di un professionista specializzato privato o pubblico in classe previa progettazione condivisa, concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata.

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 saranno condivise in una riunione tra docenti, famiglia e terapeuta, in cui verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto:

- Durata del percorso/date e orari
- Motivo dell'intervento
- Modalità dell'intervento

Le attività riferite all'osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure nasce dalla necessità di ottemperare a quanto segue:

- Diritto alla continuità terapeutica
- Diritto all'inclusione degli alunni
- Normativa sulla privacy
- Rispetto del segreto in Atti d'Ufficio
- Norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola

PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELL'OSSERVAZIONE IN CLASSE

- a) Richiesta da parte dei genitori per l'accesso del terapeuta/specialista, inviata via mail agli Uffici della Segreteria didattica. Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione. (Si veda ALL. A)
- b) Comunicazione via mail del Progetto di osservazione del terapeuta e/o intervento (su carta intestata della struttura o del professionista) che dovrà contenere le seguenti informazioni da concordare con i docenti e con il Dirigente Scolastico:
 - Motivazione dettagliata dell'osservazione
 - Finalità; obiettivi, modalità dell'osservazione;
 - Durata del percorso (inizio e fine)
 - Giorno ed orario di accesso/richiesti in continuità con l'orario del docente di sostegno, nell'ottica di offrire all'alunno il massimo supporto.
 - Garanzia di flessibilità organizzativa.
 - Sottoscrizione del progetto anche da parte dei genitori dell'alunno/a. (Si veda ALL.B).
- c) Il Ds esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta, che verrà comunicata via mail al centro terapeutico da parte degli Uffici di Segreteria, e agli insegnanti della classe coinvolta tramite la bacheca del Registro Elettronico, prima della data di accesso.
- d) Prima dell'accesso a scuola, il terapeuta è tenuto a recarsi presso la segreteria del personale per la firma dell'autodichiarazione rispetto al certificato del Casellario penale (Si veda ALL.C) e per la dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy in riferimento a tutte le informazioni di cui verrà in possesso relative agli alunni della classe/scuola, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione dell'IC (Si veda ALL.D).

INCONTRI TECNICI CON PERSONALE DELLA SCUOLA

Procedura:

- a) Richiesta da parte del Centro terapeutico, preventivamente concordata con la famiglia dell'alunno/a, contenente la motivazione dell'incontro;
- b) Comunicazione al Centro, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, dell'autorizzazione del DS con l'indicazione della data e dell'orario dell'incontro, via mail, da parte degli uffici di segreteria.

COMPILAZIONE DI DOCUMENTI/RELAZIONI SU RICHIESTA DELLE FAMIGLIE

Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di documenti e di relazioni da parte dei docenti per Enti esterni, la procedura da seguire è la seguente:

- a) richiesta da inviare via mail, con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richiede la compilazione;
- b) valutazione da parte del Ds sulla conformità della richiesta, nel rispetto della legge e della normativa sulla privacy;
- c) consegna ai genitori della documentazione tramite segreteria e, ove specificato, tramite e-mail del genitore richiedente.

**RICHIESTA ACCESSO
TERAPISTI**

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "Calvario - Covotta"

I sottoscritti _____ e _____ genitori dell'alunno/a
_____ frequentante la Scuola _____, classe _____

CHIEDONO

di poter far entrare nella classe _____ il/la terapeuta/specialista dott./dott.ssa
_____ per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività definita
dal progetto allegato dello specialista.

Ariano Irpino lì / _____ / Firma* _____

Firma* _____

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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.

AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

autorizza/non autorizza

Ariano Irpino, lì / / _____

Firma

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "Calvario – Covotta"

Progetto di osservazione/intervento in classe _____

Alunno/a _____

Durata del percorso (inizio e fine)

Giorno ed orario di accesso richiesti

Garanzia di flessibilità organizzativa

Motivo dell'osservazione

Modalità dell'osservazione

Ariano Irpino, li / _____ / _____

Firma Terapista/Specialista _____

I genitori dell'alunno/a _____ per presa visione e per consenso

Firma* _____ Firma* _____

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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 C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO
GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI**

da compilare a cura del terapeuta

_____ sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente nel Comune di _____ Provincia _____
Stato _____ Via/Piazza _____
Codice Fiscale _____
Nella sua qualità di _____
della Ditta _____
con sede nel Comune di _____
Stato _____ Via/Piazza _____
codice fiscale/partita Iva _____

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi,

D I C H I A R A

che dal **certificato generale del casellario giudiziale** della Procura della Repubblica presso il Tribunale di _____ risulta a proprio carico:

NULLA

oppure:

che dal **certificato dei carichi pendenti** presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale di _____

_____ risulta a proprio carico:

NULLA

oppure:

Inoltre:

- a) che non è mai stata pronunciata, nei confronti del sottoscritto, sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale per qualsiasi reato che incida sulla affidabilità morale e professionale;
- b) che nei confronti del sottoscritto non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della Legge 27.12.1956, n. 1423;

(luogo e data)

(timbro e firma del dichiarante)

Allegati: copia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante.

**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 Scuola
_____ sezione/classe _____

SI IMPEGNA

in nome proprio, nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c., a

- considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali
- 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
- non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante
- non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta
- a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, del D. Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy) e del D. Lgs n. 101 del 10.08.2018, affinché tutte le informazioni acquisite, non siano in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione utilizzate a proprio o altrui profitto e/o divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi
- Gli impegni assunti nel presente Impegno non si applicano alle informazioni, o a parte delle stesse, che nel momento in cui vengono rese note, direttamente o indirettamente, siano già di pubblico dominio, siano già in possesso del soggetto prima all'attività concordata

_____, li ____/____/____

Firma _____