



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568
e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it
www.iccamigliano.edu.it

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE

(allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)

approvato con Delibera n. 219

nella seduta del Consiglio di Istituto del 21 ottobre 2022

PREMESSA

L'IC "Camigliano" consente gli accessi dei 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 favorire 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. E' necessario quindi costruire una stretta rete di collaborazione e di raccordi tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie per dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale.

Il presente protocollo avrà validità nel tempo, in connessione con il Piano Annuale per l'Inclusione.

Le attività di 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 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

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato nelle problematiche di apprendimento, comportamentali e psicologiche previa progettazione condivisa,



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO

LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU

TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568

e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it

www.iccamigliano.edu.it

concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata per informativa e consenso dei genitori di tutti gli alunni appartenenti al gruppo classe/sezione.

Il professionista è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni presenti in classe.

Inoltre, avrà cura di consegnare al Dirigente Scolastico la progettualità che esso stesso ha necessità di mettere in atto, esplicitando la durata del percorso, le finalità, gli obiettivi e le modalità.

Art. 2 - Azioni da mettere in atto:

- I genitori richiedono al Dirigente Scolastico l'accesso del terapeuta/specialista sanitario (almeno 15 giorni prima e previa riunione del GLO) per **attività di osservazione (Modello A)** e fornendo inoltre il consenso alla dicitura "**per attività di osservazione di un componente della classe**" nell'informativa da consegnare alle famiglie.
- Tale richiesta è sottoscritta anche dal terapeuta/specialista sanitario che si impegna al rispetto della normativa sulla privacy in riferimento a tutte le informazioni di cui verrà in possesso relative agli alunni, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione scolastica dell'Istituto Comprensivo di Camigliano.
- La richiesta, da presentarsi agli Uffici della Segreteria didattica sarà accompagnata dal **Progetto di osservazione del terapeuta/specialista sanitario** (su carta intestata dell'Associazione solo nel caso di appartenenza ad una di esse) che conterrà le seguenti informazioni:
 - motivazione dettagliata dell'osservazione;
 - finalità, obiettivi, modalità dell'osservazione;
 - durata del percorso (inizio e fine);
 - giorno ed orario di accesso/i;
 - garanzia di flessibilità organizzativa;
 - dichiarazione di non osservazioni/informazioni su terzi.



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO

LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU

TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568

e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it

www.iccamigliano.edu.it

- Il progetto sarà sottoscritto anche dai genitori dell'alunno.
- Al progetto sarà allegato il documento di identità in corso di validità del terapeuta che effettuerà l'osservazione.
- Il Dirigente scolastico, dopo avere valutato, assieme al coordinatore di classe, all'insegnante di sostegno e alla Funzione strumentale inclusione, l'istanza presentata dai genitori ed il Progetto di osservazione del terapeuta, risponde con **atto di concessione oppure di diniego**.
- La progettualità dell'intervento di osservazione viene definita e condivisa con tutti i docenti del Consiglio di classe: durata del percorso, finalità, obiettivi e modalità.
- Il Ds acquisisce **sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno (Modello B)** da parte dei docenti e dei genitori di tutti gli altri alunni della classe.
- Successivamente all'intervento di osservazione, il terapeuta si impegna a consegnare e condividere in una riunione con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell'osservazione effettuata o del supporto/intervento messo in campo (**Modello C**);
- La scuola, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, comunicherà data ed orario dell'incontro, anche telefonicamente.
- Il Ds, al momento dell'accordo su data ed orario, procederà a convocazione scritta dell'incontro.
- Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta. Il verbale sarà firmato da tutti i presenti all'incontro.

Art. 3 - Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie

Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di documenti pre-impostati e di relazioni da parte dei docenti per l'esterno, le azioni da mettere in atto sono le seguenti:

- Richiesta da consegnare in segreteria (la compilazione non potrà avvenire



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO

LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU

TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568

e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it

www.iccamigliano.edu.it

prima di un mese dalla data della richiesta), con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richiede la compilazione;

- Valutazione da parte del Ds e dei docenti rispetto alle competenze nella compilazione di quanto richiesto;
- Consegna della documentazione in oggetto, non prima di un mese dalla richiesta ed entro 45 giorni, tramite segreteria, che contatterà il/i richiedenti.



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568
e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it
www.iccamigliano.edu.it

Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

OGGETTO: "Richiesta ingresso terapeuta esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe"

Noi sottoscritti _____ genitori di
_____ frequentante la classe/sezione _____
del plesso di _____ a.s. _____/_____

CHIEDIAMO

che il dottor/la dott.ssa _____, facente parte
dell'Associazione/personale sanitario _____,
possa entrare nella classe per effettuare l'osservazione della/del nostra/o figlia/o e

AUTORIZZIAMO

la scuola a predisporre la circolare informativa, per i genitori della classe, in cui
viene indicato che **la presenza del terapeuta esterno è legata ad un'attività di
osservazione di un componente della classe.**

Allegato: progetto del dott./della dott.ssa _____

Data _____

Firma dei genitori*

**Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, 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 scelta/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.*



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568
e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it
www.iccamigliano.edu.it

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Camigliano

Progetto di osservazione/intervento in classe/Sezione _____

Alunno/a _____

- Durata del percorso (inizio e fine)

- Giorno ed orario di accesso richiesti

- Garanzia di flessibilità organizzativa

- Motivo dell'osservazione

- Modalità dell'osservazione

Camigliano, 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.



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568
e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it
www.iccamigliano.edu.it

Modello B – Informativa Privacy Genitori

OGGETTO: ingresso terapisti esterni

Si informano i genitori che in data _____ sarà presente in classe il dottor / la dottoressa _____ per l'osservazione di un componente della classe. Si informano altresì le SS.LL. che il/la terapeuta/specialista sanitario si adopererà al rispetto della tutela della riservatezza della privacy ai sensi della normativa vigente.

PADRE:

Io sottoscritto _____
padre del minore _____

MADRE:

Io sottoscritta _____
madre del minore _____

DICHIARIAMO

di aver preso visione della comunicazione, sopra riportata, relativa all'intervento di "*osservazione su un componente della classe*" da parte del dott./della dott.ssa _____

Data _____

Firma dei genitori

(Padre)

(Madre)

*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.



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568
e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it
www.iccamigliano.edu.it

**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 a _____ il _____ residente in _____

Via _____ codice fiscale _____

in qualità di _____ dell'associazione/personale sanitario

_____ 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 _____



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568
e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it
www.iccamigliano.edu.it

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

_____, lì ____/____/____

Firma _____



ISTITUTO COMPRESIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568
e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it
www.iccamigliano.edu.it

Al Dirigente Scolastico

DICHIARAZIONE PERSONALE (DOCENTE)

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di insegnante di scuola primaria/ scuola dell'infanzia in servizio presso L'Istituto Comprensivo di Camigliano

vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapeuta/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l'alunno/a _____;

- in considerazione** del Progetto di osservazione che verrà approntato (se terapeuta);
- in considerazione** della documentazione presentata dalla famiglia (se specialista sanitario);

DICHIARA

- di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapeuta/specialista sanitario in orario curricolare;
- di informare gli altri genitori degli alunni presenti nella sezione/classe del ruolo di tale esperto e di raccogliere l'informativa sottoscritta a tale presenza.

Camigliano, _____

Firma _____



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526 - FAX 0583/922568
e-mail: luic835007@istruzione.it - luic835007@pec.istruzione.it
www.iccamigliano.edu.it

Modello C – Richiesta incontro tecnico

Oggetto : "Richiesta incontro tecnico terapeuta con personale della scuola".

Noi sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____ del
plesso _____ a.s. ____ / ____

CHIEDIAMO

che il dottor _____ , in qualità di _____

facente parte dell'associazione _____ , possa avere

accesso a scuola per un incontro tecnico con _____

Data

Firma dei genitori *

Firma del terapeuta

*Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, 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 scelta/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