



Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PAOLO FRISI"

Via Giardino, 69 20077 Melegnano (MI)
Scuola infanzia primaria secondaria 1^
Cod mecc. MIIC89700N Cod IPA istc_mic89700n c.f. 97272330156
Tel 02/9832887 - fax 02/9834095
Pec: miic89700n@pec.istruzione.it mail: miic89700n@istruzione.it
Sito: <http://www.icfrisimelegnano.edu.it>



Ai genitori
Ai docenti
Al personale ATA
Sito
Atti

OGGETTO: ACCESSO TERAPISTI E/O SPECIALISTI PRIVATI IN ORARIO CURRICOLARE

Considerate le richieste che pervengono a quest'ufficio relativamente all'accesso a scuola di specialisti del settore e/o terapisti che seguono alunni con disabilità e/o in difficoltà, vista l'esigenza di individuare modalità e strumenti per la rilevazione e la gestione comune delle situazioni di disagio dei minori, con la presente nota si intendono regolamentare gli accessi del personale suddetto per effettuare osservazioni e fornire supporto agli alunni presenti nelle scuole 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 dell'alunno e della sua famiglia e quindi dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale.

L'esigenza di formalizzare le procedure da attivare 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.

Si sintetizzano di seguito le procedure contenute nello specifico protocollo allegato corredato dai modelli da utilizzare.

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato previa progettazione condivisa, concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata **per informativa e consenso dei genitori degli alunni.**

Il professionista è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni presenti in classe. Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno.

Procedura:

a) Richiesta da parte dei genitori per l'accesso del terapeuta/specialista, consegnata/inviata agli Uffici della Segreteria didattica

Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione

b) Il Progetto di osservazione del terapeuta e/o intervento (su carta intestata della struttura o del professionista)
Il progetto dovrà essere sottoscritto anche dai genitori dell'alunno.

c) Dichiarazione del terapeuta/specialista di rispetto della normativa sulla privacy

Il Ds acquisirà sottoscrizione di consenso sull'accesso dello specialista esterno da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe.

Il Ds esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta, che verrà comunicata, tramite Uffici di Segreteria, prima della data di accesso.



Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PAOLO FRISI"

Via Giardino, 69 20077 Melegnano (MI)
Scuola infanzia primaria secondaria 1^
Cod mecc. MIIC89700N Cod IPA istc_mic89700n c.f. 97272330156
Tel 02/9832887 - fax 02/9834095
Pec: miic89700n@pec.istruzione.it mail: miic89700n@istruzione.it
Sito: <http://www.icfrisimelegnano.edu.it>



PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO DI SPECIALISTI / TERAPISTI IN CLASSE IN ORARIO CURRICOLARE

MODALITÀ DI ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI E TERAPISTI

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 per **informativa e consenso ai genitori degli alunni della classe coinvolta**.

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 tra docenti, famiglia e terapeuta in cui verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto.

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.

I genitori

I genitori presentano in segreteria per il protocollo:

- 1.1 Richiesta per l'accesso del terapeuta (*modello A*)
- 1.2 Il Progetto di osservazione del terapeuta (con fotocopia del documento d'identità dello specialista)
- 1.3 La dichiarazione di impegno alla riservatezza (terapeuta/specialista sanitario) (*Modello C*)

Il Dirigente Scolastico

1.1 Il Dirigente scolastico, sentiti i docenti di classe, acquisirà per il loro tramite:

- **Sottoscrizione di consenso** sull'accesso dello specialista esterno da parte dei **genitori di tutti gli alunni della classe** (*modello B*)

1.2 Il Dirigente scolastico esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta. L'autorizzazione sarà comunicata ai docenti e alla famiglia.

la Dirigente Scolastica
Giordana Mercuriali

Modello A

DICHIARAZIONE GENITORI

Al Dirigente Scolastico dell'IC

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.

Monza, li / _ _ / _____ Firma* _____

Firma* _____

Allegato:

Progetto del dott./dott.ssa _____

*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

Monza, li _____ / _ / _____

Firma



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PAOLO FRISI"
Via Giardino, 69 20077 Melegnano (MI)
Scuola infanzia primaria secondaria 1^
Cod mecc. MIIC89700N Cod IPA istc_miic89700n c.f. 97272330156
Tel 02/9832887 - fax 02/9834095
Pec: miic89700n@pec.istruzione.it mail: miic89700n@istruzione.it
Sito: <http://www.icfrisimelegnano.edu.it>



Modello B

Al Dirigente Scolastico

**NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE
(GENITORE)**

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

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

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 dichiarano d'accordo con tale attività.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il/la terapeuta/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.

_____, li ____/____/____

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 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

Data _____

Firma _____