



Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "L. Docimo"

Viale Italia ,103 - 87040 ROSE (CS)
Codice Fiscale 80003940782 - Codice Meccanografico CSIC80900L
Telefono 0984901068 - Fax 0984901068 -
E mail: csic80900L@istruzione.it mail Pec: csic80900L@pec.istruzione.it
www.istitutocomprensivorose.edu.it



ISTITUTO COMPRENSIVO - "L. DOCIMO"-ROSE
Prot. 0003711 del 13/11/2023
V-7 (Uscita)

Ai genitori interessati

Al personale docente

Al personale ATA

Al Sito web/Avvisi/Modulistica genitori

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.

L'Istituto consente l'accesso dei TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, al fine di consentire un miglior perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli stessi, dare prosecuzione alla diagnosi e alla presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino e della sua famiglia.

Tali attività hanno, inoltre, l'obiettivo di: a) facilitare i contatti tra scuola e specialisti; b) condividere la complessa presa in carico di un minore; c) favorire la collaborazione tra Enti; d) essere di supporto ai professionisti della scuola; e) fornire strumenti adeguati per la lettura delle situazioni supportando le famiglie; f) ridurre il rischio di sovrapposizione di ruoli e competenze.

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 e con le norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola.

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

ACCESSO DI SPECIALISTI, TERAPISTI INDICATI DALLE FAMIGLIE

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato, previa progettazione condivisa e concordata con la famiglia dell'alunno, e opportunamente comunicata per informativa e consenso ai 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. Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nelle 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) che dovrà contenere le 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;
- Garanzia di flessibilità organizzativa.

Il progetto dovrà essere sottoscritto anche dai genitori dell'alunno.

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

Il Ds acquisirà consenso all'accesso da parte degli insegnanti coinvolti al momento dell'osservazione e la 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.

Prima dell'accesso, il terapeuta è tenuto a recarsi presso la segreteria del personale per la firma dell'autodichiarazione rispetto al certificato del Casellario penale 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.

INCONTRI TECNICI CON PERSONALE DELLA SCUOLA

Procedura:

1. Richiesta da parte dei genitori, contenente la motivazione dell'incontro.
2. La scuola, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, comunicherà data ed orario dell'incontro, per via e-mail o telefonicamente.

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:

- richiesta da consegnare in segreteria, con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richiede la compilazione;
- valutazione da parte del DS sulla conformità rispetto alle competenze nella compilazione di quanto richiesto;
- consegna ai genitori della documentazione tramite segreteria e, ove specificato, tramite e-mail del genitore richiedente.

La Dirigente scolastica
Dott.ssa Emilia Imbrogno
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c.2
D.L.gs n. 39/93 con originale agli Atti dell'Ufficio)

PROTOCOLLO PER L'ACCESSO IN CLASSE DI TERAPISTI E/O SPECIALISTI PRIVATI IN ORARIO CURRICOLARE

PREMESSA

L'Istituto Comprensivo Statale "L. Docimo" di Rose (CS) consente l'accesso di terapisti/specialisti sanitari (pubbliche 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 Piano Annuale per l'Inclusione.

MODALITÀ DI ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI E TERAPISTI 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 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 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

- Richiesta scritta dei genitori e progetto del terapeuta
- Raccolta del Consenso delle famiglie degli alunni della classe
- Autorizzazione del Dirigente
- Dichiarazione del Terapeuta (Casellario Penale e Privacy)
- Incontro tecnico docenti, famiglia e terapeuta

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 (*modello B*) sottoscritto dal professionista e dalla famiglia

(su carta intestata della struttura o del professionista) che dovrà contenere le informazioni da condividere e definire in riunione:

- Durata del percorso (inizio e fine)
- Giorno ed orario di accesso richiesti
- Garanzia di flessibilità organizzativa
- Motivo dell'intervento
- Modalità dell'intervento

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

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 C*)

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

Il Terapista

Prima dell'accesso in classe, il terapista è tenuto a recarsi presso la Segreteria dell'Istituto per compilare:

- Autocertificazione Casellario Penale (*modello D*)
- Dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy con 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 del sistema scolastico (*modello E*)

Incontri tecnici con personale della scuola

La Scuola comunicherà la data e l'orario dell'incontro alla famiglia. La famiglia dovrà avvisare il proprio terapista per la riunione di condivisione del progetto.

(Allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)

Approvato con Delibera n. 56 nella seduta del Consiglio di Istituto del 14.12.2022

DICHIARAZIONE GENITORI

**Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "L. Docimo"
ROSE (CS)**

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.

Rose, lì /

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

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

autorizza/non autorizza

Rose, lì ____/____/____

Firma _____

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE

**Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "L. Docimo"
ROSE (CS)**

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

Rose, lì / _____ 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.

**Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "L. Docimo"
ROSE (CS)**

**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 adegnerà 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

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

_____ sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente nel
Comune di _____ Provincia _____ Via/Piazza _____ Codice Fiscale _____

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 _____