

PROTOCOLLO INGRESSO TERAPISTI A SCUOLA IN ORARIO CURRICOLARE o EXTRACURRICOLARE

(allegato al Piano per l'Inclusione)

- approvato con Delibera n.10 del Consiglio di Istituto del 23 novembre 2022 -

PREMESSA

Al fine di perseguire la costruzione di una stretta rete di collaborazione e di accordi tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie per dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale, l'Istituto Comprensivo Albenga I consente gli accessi dei terapisti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nelle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado dell'Istituto, con l'obiettivo di un miglior perseguitamento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti, di una continuità alla diagnosi e alla presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino/alunno e della sua famiglia.

Il presente protocollo avrà validità nel tempo, e sarà strettamente connesso con il Piano per l'Inclusione

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato, previa progettazione condivisa e concordata con la famiglia dell'alunno, e previa informativa e consenso dei genitori degli alunni della classe/sezione interessata.

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire con le attività della classe di appartenenza dell'alunno. Il professionista è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati e a svolgere le attività come programmate, rispettando la privacy degli alunni/bambini presenti in classe/sezione.

I risultati delle attività di osservazione dovranno essere condivisi con tutti i docenti del Consiglio di classe/interclasse/intersezione.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure 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.

Tali attività hanno inoltre l'obiettivo di:

- facilitare i contatti tra scuola e specialisti
- condividere la complessa presa in carico di un minore
- favorire la collaborazione tra Enti
- essere di supporto ai professionisti della scuola
- fornire strumenti adeguati per la lettura delle situazioni, supportando le famiglie
- ridurre il rischio di sovrapposizione di ruoli e competenze

Art. 1 - Procedura per l'accesso dei terapisti in classe/sezione per interventi di osservazione o di supporto all'alunno

1. Richiesta scritta dei genitori (**Modello A**) e progetto del terapista (**ModelloB**)

I genitori, che richiedono l'accesso del terapista, presentano istanza al Dirigente scolastico (almeno 15 giorni prima dell'inizio dell'intervento di osservazione), e acconsentono che nella circolare informativa per i genitori sia scritto **"per attività di osservazione legate ad un componente della classe"**; tale istanza viene sottoscritta anche dal terapista quale 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 del sistema scolastico dell'IC Albenga i (**Modello A**). Tale istanza va presentata agli Uffici della Segreteria didattica assieme al Progetto di osservazione del terapista (**Modello B**) che dovrà contenere le seguenti informazioni

- Motivazione dettagliata dell'osservazione
- Finalità, obiettivi e modalità dell'osservazione
- Durata del percorso (inizio e fine)
- Giorno/i ed orario di accesso richiesti
- Garanzia di flessibilità organizzativa
- Dichiarazione di non osservazione/informazione su terzi.

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

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

2. Raccolta del Consenso delle famiglie degli alunni della classe (Modello C)

Il Ds acquisisce sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno (Modello C) da parte dei docenti e dei genitori di tutti gli altri alunni della classe.

3. Dichiarazione sostitutiva del Certificato generale del Casellario giudiziale e dichiarazione di impegno alla riservatezza del Terapista (**Modello D,Modello E**)

4. Autorizzazione del Dirigente

Il Dirigente scolastico, dopo avere valutato, assieme al coordinatore di classe/team di classe o sezione, all'insegnante di sostegno e alla Funzione strumentale inclusione, l'istanza presentata dai genitori ed il Progetto di osservazione del terapista, risponde con atto di concessione oppure di diniego.

5. Incontro tecnico docenti, famiglia e terapista e osservazione in classe

La progettualità dell'intervento di osservazione viene definita e condivisa con tutti i docenti del Consiglio di classe/sezione: durata del percorso, finalità, obiettivi e modalità.

Art 2 - Procedura per l'accesso dei terapisti per incontri tecnici con il personale della scuola

1. Richiesta congiunta firmata da terapista e genitori, contente la motivazione dell'incontro (**Modello F**).
2. Comunicazione dell'incontro (data e orario), nel termine di 15 giorni dalla richiesta, da parte della Segreteria didattica, anche telefonicamente.
3. Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta. Il verbale sarà firmato da tutti i presenti all'incontro e ne verrà rilasciata copia a seguito di richiesta scritta e motivata.

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:

1. Richiesta da consegnare in segreteria (la compilazione potrà avvenire entro 15 giorni dalla data della richiesta), con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richiede la compilazione;
2. Valutazione da parte del Ds e dei docenti rispetto alle competenze nella compilazione di quanto richiesto;
3. Consegnna della documentazione in oggetto, avverrà tramite segreteria e/o referenti dell'inclusione, che contatterà il/i richiedenti.

Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

Oggetto : “Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe”

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

CHIEDIAMO

che il dottor _____, in qualità di _____ facente parte
dell’associazione/Ente _____, 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 terapista esterno è legata ad un’attività di osservazione di un componente della classe.**

Luogo, 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.*

DICHIARAZIONE - da compilare a cura del terapista

– I sottoscritti _____ si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell’Istituto in base alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

– I sottoscritti _____ solleva altresì l’amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

Luogo, data _____ Firma _____

L’Istituto fa presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig. _____, che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi e per gli effetti del nuovo regolamento GDPR europeo (codice privacy) UE 679-2016 (G.D.P.R.), pubblicato sul sito web dell’Istituto Comprensivo <http://www.icalbenga1.it>

ALLEGATI :

1) Progetto di osservazione del terapista (MODELLO B) 2) documento di identità dello specialista

- Si concede
- Non si concede

La Dirigente Scolastica
M. Busso

Modello B – progetto di osservazione in classe da compilarsi a cura del terapista

Progetto di osservazione/intervento nella 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 _____

Albenga, il _____

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 sottoscrittente, 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 consenso dei Genitori della classe/sezione

NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE (da compilare e consegnare all'insegnante di sezione/classe)

INGRESSO TERAPISTI PRIVATI

Si informano i genitori che in data _____ sarà presente in classe il Dottor / la Dottoressa _____ per l'osservazione di un componente della classe.

PADRE: lo sottoscritto _____

padre del minore _____

MADRE: lo sottoscritta _____

madre del minore _____

DICHIARIAMO

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.

Di essere d'accordo con tale attività.

Di essere stati informati 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.

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.*

MODELLO D a cura del terapista

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

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente nel Comune di _____

Stato _____

Codice Fiscale _____

Nella sua qualità di _____

con sede nel Comune di _____

Via/Piazza _____

Provincia _____

Stato _____

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,

DICHIARA

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

Modello E a cura del terapista

**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 altri profitto e/o divulgare 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

(luogo e data)

(timbro e firma del dichiarante)

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

Modello F – Richiesta incontro tecnico a cura della famiglia

Oggetto: “Richiesta incontro tecnico terapista 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/ente/professionista privato
_____, possa avere accesso a scuola per un incontro tecnico con

Data _____

Firma dei genitori * _____

Firma del terapista _____

**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.*

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