



PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE

Accesso di specialisti e terapeuti indicati dalle famiglie

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato nelle problematiche di apprendimento o comportamentali 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. Pertanto, le attività di osservazione richieste verranno condivise in una riunione di GLO operativo (per gli alunni con disabilità), nella prima riunione tecnica a cui partecipano tutti gli attori previsti: famiglia, docenti, operatori sanitari pubblici e/o accreditati e/o privati, in cui verrà DEFINITA E CONDIVISA la progettualità messa in atto: durata del percorso; finalità, obiettivi, modalità.

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 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.

Interventi di osservazione o di supporto all'alunno Azioni da mettere in atto:

a) Richiesta da parte dei genitori per l'accesso del terapeuta, consegnata agli Uffici della Segreteria didattica almeno 15 giorni prima dell'inizio dell'intervento di osservazione (Mod. A).

b) Presentazione del Progetto di osservazione del terapeuta (su carta intestata della struttura o del professionista) che dovrà contenere le seguenti informazioni:

- Motivazione dettagliata dell'osservazione
- Finalità, obiettivi e 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. Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione.

Il terapeuta, insieme al progetto e alla copia del documento di identità, invierà a scuola anche l'autodichiarazione sottoscritta rispetto al Casellario penale (Mod. C) e 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 del sistema scolastico dell'Istituto.

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

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.

Successivamente all'intervento di osservazione, il terapeuta si IMPEGNA a consegnare e a Condividere con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell'osservazione effettuata, che verrà inserito nel Fascicolo Personale dell'alunno osservato.

Tale report verrà discusso anche nelle successive riunioni tecniche o di GLO operativi a cui siano presenti operatori del territorio per aumentare l'efficacia degli interventi nei confronti dei bambini.

Richiesta congiunta firmata da terapeuta e genitori, contenente la motivazione dell'incontro.

La scuola comunicherà data ed orario dell'incontro, per via e-mail o telefonicamente. Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta e ne verrà rilasciata copia a seguito di richiesta scritta dei partecipanti che ne facciano richiesta.

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 entro 30 giorni dalla richiesta.

Allegati:

- MODELLO A. - RICHIESTA GENITORI ACCESSO AI TERAPEISTI IN ORARIO CURRICOLARE
- MODELLO B.- DICHIARAZIONE PERSONALE DOCENTE
- MODELLO C.- 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)
- MODELLO D.- DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)
- MODELLO E. - RICHIESTA INCONTRO TECNICO PRELIMINARE con personale della scuola
- MODELLO F.- Informativa ai Genitori della Classe INGRESSO IN CLASSE DI TERAPISTA DURANTE ORARIO CURRICOLARE



MODELLO A.

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Pescara 5

Richiesta INGRESSO TERAPISTI

ALUNNO/A: _____

I sottoscritti _____ padre e madre (altro: _____)

dell'alunno in oggetto, residente a _____ in via _____ n° _____

frequentante la classe _____ del grado/plesso di scuola _____

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

all'ingresso del TERAPISTA ESTERNO dott. _____ iscritto

all'Albo _____ al n.ro _____ appartenente all'Ente

_____ per i seguenti motivi:

colloquio con i docenti di classi

attività di osservazione a seguito di progetto allegato

I genitori dichiarano di aver preso visione del protocollo terapisti esterni.

In caso di firma di un solo genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

si DICHIARA di

Esercitare in via esclusiva la responsabilità genitoriale sul minore

rappresentare anche la volontà dell'altro genitore, 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.

Luogo _____ Data _____

Firme leggibili _____

Il Dirigente Scolastico, considerata attentamente l'istanza e la documentazione presentata,

contattati i docenti interessati che si dichiarano disponibili il giorno _____ alle ore _____

inviato il progetto al Consiglio di classe, interclasse, intersezione, GLO, per l'eventuale approvazione del progetto e la sua compatibilità con il PTOF di istituto

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA per i seguenti motivi: _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Daniela Massarotto



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PESCARA 5
SCUOLE INFANZIA – PRIMARIE E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO "G.ROSSETTI"
65100 PESCARA - Via Gioberti, 15 - Tel./Fax. 085/72955
email: peic83400b@istruzione.it – C.F.: 91117020684



MODELLO B.

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Pescara 5

DICHIARAZIONE PERSONALE DOCENTE

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di insegnante di _____
in servizio presso _____,

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 _____ frequentante la classe _____;

- *in considerazione del Progetto di osservazione e della documentazione presentata dalla famiglia;*

DICHIARA

- di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapeuta/specialista sanitario in orario curricolare;

_____, _____
Firma _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PESCARA 5
SCUOLE INFANZIA – PRIMARIE E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO "G.ROSSETTI"
65100 PESCARA - Via Gioberti, 15 - Tel./Fax. 085/72955
email: peic83400b@istruzione.it – C.F.: 91117020684



MODELLO C.

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 _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
codice fiscale _____ in qualità di _____ 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 STATALE PESCARA 5
SCUOLE INFANZIA – PRIMARIE E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO "G.ROSSETTI"
65100 PESCARA - Via Gioberti, 15 - Tel./Fax. 085/72955
email: peic83400b@istruzione.it – C.F.: 91117020684



MODELLO D.

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 sezione/classe _____

SI IMPEGNA

nell'ambito del servizio prestato nell'Istituto, a:

1. adottare ogni possibile precauzione affinché la propria presenza in aula nelle ore curricolari sia del minimo impatto possibile sulla regolarità delle attività didattiche della classe;
2. considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
3. 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;
4. non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante;
5. non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta;
6. a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del GDPR 2016/679 e del D.lgs. 101/2018, affinché tutte le informazioni acquisite non potranno in alcun modo e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.

Si allega documento di riconoscimento e Mod. C firmato.

Data _____

Firma _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PESCARA 5
SCUOLE INFANZIA – PRIMARIE E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO "G.ROSSETTI"
65100 PESCARA - Via Gioberti, 15 - Tel./Fax. 085/72955
email: peic83400b@istruzione.it – C.F.: 91117020684



MODELLO E

RICHIESTA INCONTRO TECNICO PRELIMINARE con personale della scuola

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Pescara 5

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____ frequentante la classe/sez. _____,
del plesso _____ a.s. _____ / _____

CHIEDONO

che il dottor _____, in qualità di _____
facente parte della cooperativa/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.*

Firma del genitore *



MODELLO F.

Informativa a Genitori/Tutori accesso terapeuta in orari curricolari

A seguito di specifica richiesta ricevuta dai genitori di un alunno frequentante la classe....., si riportano le informazioni che seguono.

I genitori di un alunno hanno richiesto la presenza di una terapeuta in classe nel periodo da a nell'orario curricolare dalle ore alle ore al fine di osservare l'alunno nel suo ambiente classe.

Le finalità e le modalità del piano di osservazione è stato sottoposto agli organi scolastici ed è stato valutato compatibile con le attività ordinarie curricolari.

La fase di osservazione avverrà sempre in presenza dell'insegnante di ruolo o sua sostituta.

L'osservazione non prevede l'uso di dispositivi di video/audio-registrazione, non coinvolgerà in alcun modo gli altri alunni presenti, ma verterà esclusivamente sull'osservazione diretta dell'alunno all'interno del suo ambiente classe, senza interferire con le attività ordinarie. Il terapeuta sarà il Dott., iscritto all'Ordine degli al n.

Al fine di acconsentire alla presenza in classe della terapeuta indicata, valutati i criteri di sicurezza e pertinenza, si richiede relativo consenso da parte dei genitori degli alunni della classe interessata.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Daniela Massarotto

Data

I sottoscritti _____

Genitori dell'alunno _____

Frequentante la classe _____

Acconsentono alla presenza in classe, durante il periodo e l'orario specificato, della terapeuta indicata e per le finalità sopra specificate.

Data _____

Firme _____