Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO "ALDO MORO"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado
Vallo della Lucania (SA) – Piazza Dei Martiri, 2, 84078 – Tel 0974375896
C.M. SAIC8CG002 – Cod. Fisc. 93047140657
E-mail: saic8cg002@istruzione.it –Pec: saic8cg002@pec.istruzione.it
Sito web: https://www.icaldomoro.edu.it

Ai genitori
Al Personale docente e ATA
Al DSGA
Al Sito WEB
ATTI

OGGETTO: PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE

L'IC Aldo Moro 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 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 del bambino e della sua famiglia. È 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.
Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno. I risultati delle attività di osservazione dovranno essere condivisi con i docenti del Consiglio di intersezione, interclasse e di classe.
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.

Accesso terapisti per interventi di osservazione o di supporto all'alunno
I genitori possono richiedere l'accesso del terapista presentando istanza al Dirigente scolastico e acconsentono che nella circolare informativa per i genitori e docenti sia scritto "per attività di osservazione legate ad un componente della classe"; l'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 **(Modello A)**.

L'istanza va presentata agli Uffici della Segreteria assieme al **Progetto di osservazione del terapista** (su carta intestata dell'Associazione in caso di appartenenza ad una di esse) che dovrà contenere le seguenti informazioni:
- Motivazione dettagliata dell'osservazione;
- Finalità, obiettivi, modalità dell'osservazione;
- Durata del percorso (inizio e fine);
- Giorno ed orario di accesso;
- Garanzia di flessibilità organizzativa;
- Dichiarazione di non osservazione/informazioni 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.

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 terapista, concede o meno l'autorizzazione.
Il Ds dà comunicazione, ai docenti ed ai genitori degli altri alunni della classe, in merito all'accesso di personale esterno.
La progettualità dell'intervento di osservazione viene definita e condivisa con tutti i docenti del Consiglio di classe.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Elisabetta Manganiello
Documento firmato digitalmente sensi del CAD e normativa connessa

Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

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

Noi sottoscritti ____ genitori di _______________________ frequentante la classe ________ del plesso _____________________a.s. /

CHIEDIAMO

Che il/la dottor______________________,in qualità di______________________ facente parte dell'associazione__________________________ , 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**.

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

_ l _ sottoscritt _ _______________________**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,
- a non interagire direttamente con gli alunni non interessati,
- a permanere nella classe sempre in presenza del docente.

_ l _ sottoscritt _ solleva altresì l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

Data_________________________ Firma ____________________

*L'Istituto fa presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig.*______________*, che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003 e al nuovo regolamento GDPR europeo.*

- -

☐ Si concede

☐ Non si concede

FIRMA DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Elisabetta Manganiello

Modello B – Informativa Genitori

(in modalità cartacea o tramite RE)

INGRESSO TERAPISTI PRIVATI

Si informano i genitori che a partire da _____sarà presente in classe il dottor / la dottoressa_____per l'osservazione di un componente della classe.

PADRE:
Io sottoscritto _____
MADRE:
Io sottoscritta _____

GENITORI del minore _____

DICHIARIAMO

Di aver preso visione della comunicazione relativa all'intervento di *"osservazione su un componente della classe"*.

Data _____

Firma dei genitori _____ _____