

Istituto Comprensivo ad Indirizzo Musicale “Mons. Mario Vassalluzzo”

PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO DI TERAPISTI ESTERNI IN CONVENZIONE O PRIVATI IN CLASSE IN ORARIO CURRICOLARE

Delibera C.D. 11/2 del 06/09/2024 Delibera C.I. 18/01 del 11/09/2024

L'Istituto **COMPRESIVO MONS. MARIO VASSALLUZZO DI ROCCAPIEMONTE** in linea con quanto previsto dalla normativa per l'inclusione (D.Lgs. n. 66/2017 D.I. 182/2020 D.I. n.153/2023), e quanto disposto dal DPO dell'Istituto in materia di tutela della privacy, consente l'accesso di terapisti/specialisti sanitari (pubblici e 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 e dispone il presente protocollo Operativo secondo quanto indicato nel PTOF e nel Piano Annuale per l'Inclusione.

ART. 1

Modalità di accesso in classe di specialisti e terapisti privati indicati dalle famiglie

L'Istituto acconsente all'accesso di un terapeuta/specialista privato o pubblico in classe, **previa autorizzazione del Dirigente Scolastico (art.3, c.6 D.I. 182/2020) e progettazione dell'esperto, presentata dalla famiglia dell'alunno, concordata con i docenti 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
- Presentazione personale di polizza assicurativa (da presentare all'istituzione scolastica)

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

Di seguito il dettaglio

1. I genitori

I genitori presentano in segreteria per il protocollo:

1.1 Richiesta dei genitori 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.

2. Il Dirigente Scolastico

2.1 Il Dirigente scolastico acquisirà:

- **Consenso all'accesso da parte degli insegnanti** coinvolti al momento dell'osservazione (*modello A*)
- **Sottoscrizione di consenso** sull'accesso dello specialista esterno da parte dei **genitori di tutti gli alunni della classe** (*modello C*)

2.2 Il Dirigente scolastico esprimerà l'autorizzazione o il diniego all'accesso in forma scritta.

L'autorizzazione o il diniego sarà comunicata ai docenti e da questi alla famiglia (*modello A*)

3. Il Terapeuta

Prima dell'accesso in classe, il terapeuta 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*)

4. Incontri tecnici con personale della scuola

La Scuola comunicherà la data e l'orario dell'incontro alla famiglia. La famiglia dovrà avvisare il proprio terapeuta per la riunione di condivisione del progetto (punto 1.2).

Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta.

ART. 2

Procedura per l'attivazione dell'osservazione in classe

- Richiesta scritta dei genitori e progetto del terapeuta - **punto 1**
- Consenso dei docenti della classe - **punto 2**
- Consenso delle famiglie degli alunni della classe - **punto 2**
- Autorizzazione del Dirigente - **punto 2**
- Dichiarazione del Terapeuta (Casellario Penale e Privacy) - **punto 3**
- Incontro tecnico docenti, famiglia e terapeuta - **punto 4**

ART. 3

Revoca Autorizzazione dell'osservazione in classe

L'autorizzazione all'accesso dei terapisti/specialisti incaricati dalla famiglia sarà revocata in tutti i casi in cui sarà verificato dal D.S. che lo specialista/terapeuta non rispetti quanto previsto nel progetto presentato e ogni qual volta **lo stesso contravvenga alle norme sulla privacy** e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro o tenga comportamenti contrari al codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013, come aggiornato dal D.P.R. n. 81/2023) o qualora la sua presenza interferisca con il regolare svolgimento dell'attività didattica. In questi casi si procederà prontamente a segnalare alla famiglia quanto accaduto. In caso di terapie salvavita l'autorizzazione all'accesso del terapeuta/specialista esterno incaricato dalla famiglia sarà revocata ogni qual volta sarà verificato dal D.S. che lo stesso contravvenga alle norme sulla privacy e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro o tenga comportamenti contrari al codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013, come aggiornato dal D.P.R. n. 81/2023) o qualora la sua presenza interferisca con il regolare svolgimento dell'attività didattica. In questi casi si procederà prontamente a segnalare alla famiglia quanto accaduto onde consentirle di incaricare un altro specialista/terapeuta.

Art. 4

Modifiche del Protocollo

Al presente Protocollo possono essere apportate modifiche, dopo l'approvazione, in seduta successiva, qualora si rendessero necessarie, o anche, a seguito di nuove disposizioni legislative. L'approvazione delle modifiche al presente Protocollo sarà effettuata nel rispetto della normativa vigente.

Art. 5

Entrata in vigore e validità

Il presente Protocollo entra in vigore il giorno successivo all'approvazione da parte del Consiglio d'Istituto dell'anno scolastico di riferimento e verrà pubblicato sul sito web della Scuola. Il presente Protocollo avrà validità fino a successivo aggiornamento

Di seguito si allegano i modelli A,B,C,D,E,F

Al Dirigente Scolastico
IC MONS MARIO VASSALLUZZO
ROCCAPIEMONTE

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

Chiedono

di poter far entrare nella classe _____ il/la terapeuta/specialista

PRIVATO dott./dott.ssa _____

IN CONVENZIONE dott./dott.ssa _____

per il/la proprio/a figlio/a _____ durante l'orario didattico per l'attività
definita dal progetto dello specialista allegato.

_____/_____/_____ 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.

DICHIARAZIONE DOCENTI

Al Dirigente Scolastico
IC MONS VASSALLUZZO ROCCAPIEMONTE

I docenti della classe _____ della Scuola _____, presa visione della richiesta dei genitori dell'alunno/a fatta in data _____, acconsentono all'accesso in classe del dott./dott.ssa _____ durante le ore di attività didattica come da progetto da condividere con la famiglia e l'esperto esterno in data _____.

_____, li ____/____/_____

AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE

Il Dirigente Scolastico
autorizza/non autorizza

ROCCAPIEMONTE, li ____/____/_____ Firma _____

**Al Dirigente Scolastico
IC MONS MARIO VASSALLUZZO
ROCCAPIEMONTE**

Progetto di osservazione/(altro) in classe. Alunno _____

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

ROCCAPIEMONTE, lì/ __/____

Firma _____

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.

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 dichiara d'accordo con tale attività.

Inoltre, dichiara di essere stato informato 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 D

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

... sottoscritto
nato a il
residente nel Comune di Provincia
Stato Via/Piazza
Codice Fiscale
Nella sua qualità di
Della Ditta
Con sede nel Comune di
Stato Via/Piazza
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,

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 _____

OGGETTO: Richiesta autorizzazione per incontro tecnico tra team docenti e terapisti/specialisti in convenzione/privati

I sottoscritti _____ e _____ genitori dell'alunno/a

_____ frequentante la Scuola _____, classe _____

Chiedono

l'autorizzazione per un incontro in presenza presso la sede _____ tra i rappresentanti del team docente/consiglio di sezione/classe, i genitori dell'alunno/a e lo specialista _____, con la finalità di uno scambio di informazioni riguardanti l'alunno/a, in un'ottica di collaborazione e progettualità condivisa.

All'incontro sarà presente almeno un genitore richiedente o chi esercita la responsabilità genitoriale

La data e l'orario dell'incontro saranno concordati con i docenti interessati.

_____, li ___/___/_____

I genitori/ Tutore

