MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DEL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ALESSANDRO MANZONI"
Via Lusitania, 16 – 00183 ROMA - Tel. 06.70491776 - Fax: 06.77079105
C.M. RMIC8GD00D - C.F. 97712550587 - Cod. Un. Uff.: UF0D1N
PEO: rmic8gd00d@istruzione.it - PEC: rmic8gd00d@pec.istruzione.it Sito web: www.ic-manzoni.edu.it

PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO DI TERAPISTI PRIVATI IN CLASSE IN ORARIO CURRICOLARE (allegato al Piano Annuale per l'Inclusione 2023/2024)

approvato con delibera del Collegio dei docenti n. 65del 27/06/2024

PREMESSA

L'Istituto Comprensivo I.C. Manzoni 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 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 terapista/specialista privato o pubblico in classe previa 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.

La progettualità dovrà essere condivisa tra docenti, famiglia e terapista, specificando:

- 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 nelle 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 E CONDIZIONI NECESSARIE PER L'ATTIVAZIONE DELL'OSSERVAZIONE IN CLASSE

1. Richiesta scritta dei genitori e progetto del terapista - **punto 1**
2. Consenso dei docenti della classe - **punto 2**
3. Consenso delle famiglie degli alunni della classe - **punto 2**
4. Autorizzazione del Dirigente - **punto 2**
5. Dichiarazione del Terapista (Casellario Penale e Privacy) - **punto 3**
6. Riunione tecnica tra docenti, famiglia e terapista - **punto 4**

1. I genitori

Per l'attivazione del protocollo i genitori presentano in segreteria:

1.1 Richiesta per l'accesso del terapista (*modello A*)

1.2 Il Progetto di osservazione del terapista (*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 all'accesso in forma scritta. L'autorizzazione sarà comunicata ai docenti e da questi alla famiglia (*modello A*)

3. 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*)

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 terapista per la riunione di condivisione del progetto (punto 1.2).

Il personale della scuola redigerà un verbale della seduta e lo invierà in Segreteria.

Modello A

DICHIARAZIONE GENITORI

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Manzoni

I sottoscritti e _____ genitori dell'alunno/a _____

frequentante la Scuola _____, classe _____

Chiedono

di poter far entrare nella classe ____ il/laterapista/specialistadott./dott.ssa _____ per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività definita dal progetto dello specialista allegato.

Roma, lì_____ Firma di entrambi i genitori *_____

_____

Allegato: progetto del dott./dott.ssa _____

***Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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
dell'I.C. Manzoni

I docenti della classe____ della Scuola _____ I.C. Manzoni, 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.

Roma, lì__

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE

Il Dirigente Scolastico _____ autorizza/non autorizza.

Roma, lì _____

Firma

_____

MODELLO B

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE

Al Dirigente Scolastico

dell'IC Manzoni

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

Roma, lì _____ Firma _____

I genitori dell'alunno/a _____per presa visione e per consenso

Firma di entrambi i genitori*

_____

_____

*****Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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

Al Dirigente Scolastico dell'IC Manzoni

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 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.

Roma, lì _____

Firma di entrambi i genitori*

_____

_____

*****Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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 agl 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

… sottoscritt….. ……. 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.

MODELLO E

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 all'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

Roma, lì _____

Firma _____