



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO CAMPAGNA CAPOLUOGO
Scuola Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado
Via Provinciale per Acerno - 84022 CAMPAGNA (SA)
e-mail: SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT - sito internet: www.iccampagnacapoluogo.edu.it
Tel/Fax: 0828/241258 - Cod. Meccanografico: SAIC8BJ00C - C.F. 91053340658

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE

(Allegato al piano annuale per l'inclusione)

PREMESSA

L'Istituto Comprensivo Campagna Capoluogo, consente l'accesso dei terapisti (pubblici e privati) su richiesta delle famiglie, per osservazioni e supporto agli alunni con bisogni educativi speciali 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 presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento dell'alunno.

Sarà possibile far accedere gli specialisti in classe previa progettazione condivisa e concordata con la famiglia dell'alunno, autorizzata dal Dirigente Scolastico ed opportunamente comunicata ai genitori degli altri alunni. Il professionista, ovviamente, è tenuto a limitarsi alle azioni concordate e declinate nel progetto, rispettando la privacy degli alunni presenti nella classe.

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nelle attività della classe di appartenenza dell'alunno.

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 ottemperare a quanto segue:

- diritto all'Inclusione degli alunni con disabilità
- normativa sulla privacy
- rispetto del segreto in Atti d'Ufficio
- norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola.

Accesso terapisti per interventi di osservazione o di supporto all'alunno

Azioni da mettere in atto:

- I genitori che richiedono l'accesso del terapeuta, presentano istanza al Dirigente scolastico, 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 terapeuta quale dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy, in riferimento a tutte le



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO CAMPAGNA CAPOLUOGO
Scuola Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado
Via Provinciale per Acerno - 84022 CAMPAGNA (SA)
e-mail: SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT - sito internet: www.iccampagnacapoluogo.edu.it
Tel/Fax: 0828/241258 - Cod. Meccanografico: SAIC8BJ00C - C.F. 91053340658

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 Campagna Capoluogo (Modello A);

- Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione;
- Tale istanza va presentata agli Uffici della Segreteria didattica assieme al Progetto di osservazione del terapeuta (su carta intestata dell'Associazione in caso di appartenenza ad una di esse) che dovrà contenere le seguenti informazioni:
 - Motivazione dettagliata dell'osservazione;
 - Modalità dell'osservazione;
 - Durata del percorso (inizio e fine);
 - Giorno ed orario di accesso/i.

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

- 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 terapeuta, risponde con atto di concessione oppure di diniego;
- La progettualità dell'intervento di osservazione viene condivisa con tutti i docenti del Consiglio di classe: durata del percorso, finalità e modalità;
- Il DS acquisisce sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno (Modello B) da parte dei docenti e dei genitori di tutti gli altri alunni della classe.



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO CAMPAGNA CAPOLUOGO
Scuola Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado
Via Provinciale per Acerno - 84022 CAMPAGNA (SA)
e-mail: SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT - sito internet: www.iccampagnacapoluogo.edu.it
Tel/Fax: 0828/241258 - Cod. Meccanografico: SAIC8BJ00C - C.F. 91053340658

Modello A - Richiesta ingresso terapeuta

Oggetto: "Richiesta ingresso terapeuta 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 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 terapeuta 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 terapeuta

_ I _ 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.

_ I _ 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

Il Dirigente Scolastico

Non si concede



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO CAMPAGNA CAPOLUOGO
Scuola Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado
Via Provinciale per Acerno - 84022 CAMPAGNA (SA)
e-mail: SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT - sito internet: www.iccampagnacapoluogo.edu.it
Tel/Fax: 0828/241258 - Cod. Meccanografico: SAIC8BJ00C - C.F. 91053340658

Modello B – Progetto di osservazione in classe

Progetto di osservazione/(altro) in classe.

Alunno _____

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

Data _____

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 245/2000, 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.



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO CAMPAGNA CAPOLUOGO
Scuola Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado
Via Provinciale per Acerno - 84022 CAMPAGNA (SA)
e-mail: SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT - sito internet: www.iccampagnacapoluogo.edu.it
Tel/Fax: 0828/241258 - Cod. Meccanografico: SAIC8BJ00C - C.F. 91053340658

Modello C – Informativa Privacy Genitori

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:

Io sottoscritto _____

Padre del minore _____

MADRE:

Io sottoscritta _____

Madre del minore _____

DICHIARIAMO

di aver preso visione della comunicazione relativa all'intervento di "*osservazione su un
componente della classe*" da parte del dott. _____

Data _____

Firma dei genitori

