



ISTITUTO DESTINATARIO DI FONDI STRUTTURALI EUROPEI PON FSE-FESR

Ministero dell' Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO TAVERNOLA BERGAMASCA

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado

Via Rino, 4 - 24060 TAVERNOLA B.SCA (BG) - Tel. 035 932741 -

E-mail: [bgic80500x@istruzione.it](mailto:bgic80500x@istruzione.it) - Posta certificata: [bgic80500x@pec.istruzione.it](mailto:bgic80500x@pec.istruzione.it)

Codice mecc. BGIC80500X - C.F. 81004940169 - CODICE UNIVOCO: UFA55C

SITO WEB: [www.ictavernolabergamasca.edu.it](http://www.ictavernolabergamasca.edu.it)

## **PROTOCOLLO PER ACCESSO DI TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI IN ORARIO CURRICOLARE (Art. 1)**

**E**

### **PER LA COMPILAZIONE DI DOCUMENTI/RELAZIONI RIGUARDANTI GLI ALUNNI SU RICHIESTA DELLE FAMIGLIE (Art. 2)**

**Approvato con Delibera n. \_\_\_\_\_ nella seduta del Consiglio di Istituto del \_\_\_\_\_**

#### **PREMESSA**

Nel rispetto della normativa Anti-Covid, sono consentiti gli accessi in classe di specialisti/terapisti (pubblici e privati) per l'osservazione ed il supporto degli alunni presenti nella Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I° grado, se espressamente richiesto dalla famiglia, a fronte di motivate esigenze.

L'elaborazione del presente protocollo scaturisce dall'esigenza di formalizzare le procedure per 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.

Il presente protocollo ha validità nel tempo.

#### **Art. 1 Accesso in classe di specialisti e terapeuti indicati dalle famiglie**

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato nelle problematiche di apprendimento, comportamentali e psicologiche previa progettazione condivisa (concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata alla scuola per informativa) e consenso dei genitori di tutti gli alunni appartenenti al gruppo classe/sezione.

Il professionista dovrà essere coperto da personale polizza assicurativa, da

presentare all'istituzione scolastica ed è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni presenti in classe e del personale scolastico.

Le attività di osservazione e di intervento verranno condivise dai docenti della classe durante un **incontro preliminare** a cui prenderanno parte tutti gli attori coinvolti: famiglia, docenti, operatori sanitari pubblici e/o accreditati e/o privati. Lo specialista dovrà fornire in forma scritta alla scuola la progettualità che intende mettere in atto, esplicitando la durata del percorso, le finalità, gli obiettivi e la metodologia. Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibile, al fine di non interferire col regolare svolgimento delle lezioni.

### **A. Interventi di osservazione o di supporto all'alunno**

Azioni da mettere in atto:

- **richiesta scritta** da parte dei genitori per l'accesso dello specialista/terapista, da presentare alla Segreteria della scuola;
- consegna alla Scuola del "**Progetto di osservazione**" elaborato dallo specialista su carta intestata dello stesso o dell'Associazione a cui egli appartiene e sottoscritto dai genitori dell'alunno/a. Il Progetto dovrà contenere le seguenti informazioni, preventivamente concordate nella riunione tecnica con i docenti della classe coinvolta:
  - ✓ motivazione dettagliata dell'osservazione;
  - ✓ finalità, obiettivi e modalità dell'osservazione;
  - ✓ durata del percorso (inizio e fine);
  - ✓ giorni ed orari di accesso richiesti;
- garanzia di flessibilità organizzativa, nel rispetto dell'organizzazione didattica della classe.

Alla domanda dovranno essere allegati: **documento di identità** in corso di validità e **Curriculum Vitae** del professionista che effettuerà l'osservazione.

### **Il Dirigente Scolastico**

- acquisirà il consenso scritto all'accesso in classe da parte degli insegnanti coinvolti al momento dell'osservazione (ALL. 1) e la sottoscrizione del consenso informato all'osservazione di classe/sezione (ALL. 2).

Qualora uno o più genitori non fornissero il consenso scritto, l'osservazione avverrà con il bambino/a inserito in un gruppo ristretto costituito unicamente dai compagni i cui genitori hanno dato il benestare.

- acquisita tutta la documentazione, redigerà l'autorizzazione in forma scritta, che sarà comunicata alle parti interessate nei tempi previsti e con il dovuto preavviso.

### **Lo specialista**

Prima dell'avvio dell'osservazione, il terapeuta/specialista sanitario è tenuto a recarsi presso l'ufficio di Segreteria per la firma dell'autodichiarazione rispetto al certificato del Casellario penale (ALL. 3) e per la dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy (ALL. 4) in riferimento a tutte le informazioni di cui verrà in possesso relative agli alunni della classe/scuola, ai docenti, al personale scolastico e all'organizzazione del sistema scolastico dell'I.C. di Tavernola Bergamasca.

### ***B. Incontri tecnici con personale della scuola***

1. Le attività di osservazione e di intervento devono essere preliminarmente presentate e motivate in un incontro a cui partecipano tutti gli attori previsti: famiglia, docenti, operatori sanitari pubblici e/o accreditati e/o privati. Nel corso del colloquio verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto: durata del percorso, finalità, obiettivi e modalità.
2. Successivamente all'intervento effettuato in classe, lo specialista dovrà produrre su carta intestata, consegnare alla scuola e condividere con i docenti e la famiglia un **report dell'osservazione effettuata**, che sarà poi inserito nel Fascicolo Personale dell'alunno osservato ed eventualmente inserito nel PEI (qualora l'alunno abbia una disabilità certificata).

### **Art. 2 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, dovranno seguire la seguente procedura:

1. richiesta scritta da parte della famiglia da depositare in Segreteria, contenente la motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richieda la compilazione;

2. valutazione da parte del Dirigente Scolastico della conformità della richiesta, nel rispetto della legge e della normativa della Privacy;
3. consegna ai genitori della documentazione in busta chiusa.

**ALLEGATO 1** (A CURA DEL DOCENTE)

**DICHIARAZIONE PERSONALE**

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ in qualità di insegnante di Scuola Primaria/ Scuola dell'Infanzia/ Scuola Secondaria di primo grado in servizio presso la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_

**VISTA**

la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia dell'alunno/a \_\_\_\_\_ in merito alla presenza di un terapeuta/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno;

**IN CONSIDERAZIONE**

- del Progetto di osservazione che verrà approntato (se terapeuta);
- della documentazione presentata dalla famiglia (se specialista sanitario);

**DICHIARA**

- di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapeuta/specialista sanitario in orario curricolare;
- di informare gli altri genitori degli alunni presenti nella sezione/classe del ruolo di tale esperto e di raccogliere l'informativa sottoscritta del consenso a tale presenza.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2** (A CURA DI TUTTI I GENITORI/TUTORI)

**AII. 2**  
**CONSENSO INFORMATO ALL'OSSERVAZIONE DI**  
**CLASSE/SEZIONE**

(da compilare e consegnare all'insegnante di sezione/classe)

I genitori degli alunni frequentanti la classe/sezione \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di 1° grado di \_\_\_\_\_ vengono informati che il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ il/la Dott./ssa \_\_\_\_\_, (specificare la qualifica) \_\_\_\_\_ sarà presente in classe/sezione per condurre un'osservazione relativamente alle dinamiche relazionali e comportamentali durante il normale svolgimento delle lezioni.

Si precisa che lo/la specialista non interagirà direttamente con gli alunni e che l'osservazione verrà condotta nel pieno rispetto della normativa sulla privacy.

.....

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via/piazza \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME MADRE \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via/piazza \_\_\_\_\_

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore \_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di 1° grado di \_\_\_\_\_

AUTORIZZANO                       NON AUTORIZZANO

il proprio figlio/a a prendere parte all'osservazione effettuata dal/la Dott./ssa \_\_\_\_\_ sul gruppo-classe in presenza dei docenti per favorire la promozione del benessere personale e scolastico degli alunni/e.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3** (A CURA DEL TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL  
CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI**  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ (dell'Associazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_) con sede legale a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Partita IVA/ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di uso o  
formulazione di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R.445/2000:

- 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 4** (A CURA DEL TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

## AII. 4 DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità  
di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di 1° grado di \_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA

a nome proprio, nonché ai sensi dell'art. 1381 C.C. a:

- i. considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
- ii. 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;
- iii. non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione Scolastica ospitante;
- iv. non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni raccolte per scopi diversi dall'attività svolta;
- v. a garantire la massima riservatezza, in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, affinché tutte le informazioni acquisite non possano in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere riprodotte, rese note o divulgate a terzi.

Gli impegni assunti nel presente atto non si applicano alle informazioni che nel momento in cui vengono rese note, direttamente o indirettamente, siano già di pubblico dominio prima dell'attività concordata.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_