

ISTITUTO COMPRESIVO "ITALO CALVINO" – GALLIATE

Scuola dell'Infanzia –Primaria –Secondaria di 1^ Grado

LARGO PIAVE 4 - 28066 GALLIATE (NO)

Tel. 0321861146 - Codice Fiscale: 80012920031

Codice Meccanografico: NOIC818005

Sito: [www.calvinogalliate.edu.it](http://www.calvinogalliate.edu.it)

E-mail: [noic818005@istruzione.it](mailto:noic818005@istruzione.it) – Pec: [noic818005@pec.istruzione.it](mailto:noic818005@pec.istruzione.it)

## PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE

(allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)

approvato con Delibera n. 65

nella seduta del Consiglio di Istituto del 4 febbraio 2021

### PREMESSA

L'Istituto Comprensivo "I. Calvino" 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 e 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.

E' 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.

Il presente protocollo avrà validità nel tempo, in connessione con il Piano Annuale per l'Inclusione.

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 tutti i docenti del Consiglio di classe.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure nasce dalla necessità di contemperare il diritto all'Inclusione degli alunni, anche 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

Azioni da mettere in atto:

- I genitori, che richiedono l'accesso del terapeuta, presentano istanza al Dirigente scolastico (entro almeno 12 giorni dell'inizio dell'intervento di osservazione), 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 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'Istituto Comprensivo "I. Calvino" (**Modello A**).

L'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;

- Finalità; obiettivi, modalità dell'osservazione;
- Durata del percorso (inizio e fine);
- Giorno ed orario di accesso/i;
- Garanzia di flessibilità organizzativa;
- Dichiarazione di non osservazioni/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 alle figure scolastiche coinvolte ed interessate, 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 definita e condivisa con tutti i docenti del Consiglio di classe: durata del percorso, finalità, obiettivi e modalità.

- Il Ds, tramite i docenti di classe e/o la Segreteria, 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.

### **Accesso per incontri tecnici con personale della scuola**

- Richiesta congiunta firmata da terapeuta e genitori, contenente la motivazione dell'incontro (**Modello C**).

- La scuola, nel termine massimo di 15 giorni dalla richiesta, comunicherà data ed orario dell'incontro, anche telefonicamente.

- La scuola, al momento dell'accordo su data ed orario, procederà a convocazione dell'incontro.

- Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta.

Il verbale sarà firmato da tutti i presenti all'incontro e ne verrà rilasciata copia a seguito di richiesta scritta e motivata.

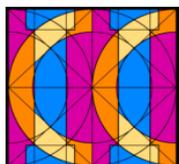
### **Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie**

Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di documenti preimpostati e di relazioni da parte dei docenti per l'esterno, le azioni da mettere in atto sono le seguenti:

- Richiesta da consegnare in segreteria (la compilazione avverrà entro tempi ragionevoli ma non può essere di produzione immediata), con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richiede la compilazione;

- Valutazione da parte del Ds e dei docenti rispetto alle competenze nella compilazione di quanto richiesto;

- Consegna della documentazione in oggetto, tramite segreteria, che contatterà il/i richiedenti.



ISTITUTO COMPRESIVO "ITALO CALVINO" – GALLIATE  
Scuola dell'Infanzia –Primaria –Secondaria di 1^ Grado  
LARGO PIAVE 4 - 28066 GALLIATE (NO)  
Tel. 0321861146 - Codice Fiscale: 80012920031  
Codice Meccanografico: NOIC818005  
Sito: [www.calvinogalliate.edu.it](http://www.calvinogalliate.edu.it)  
E-mail: [noic818005@istruzione.it](mailto:noic818005@istruzione.it) – Pec: [noic818005@pec.istruzione.it](mailto:noic818005@pec.istruzione.it)

### Modello A – Richiesta Accesso/Ingresso Terapista

Al Dirigente scolastico  
Istituto Comprensivo "I. Calvino"

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.**

- il terapeuta a fornire elementi desunti dal Progetto ai docenti del consiglio di sezione/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 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

Il Dirigente scolastico  
Paola Maria Ferraris

ISTITUTO COMPRENSIVO "ITALO CALVINO" – GALLIATE  
Scuola dell'Infanzia –Primaria –Secondaria di 1^ Grado  
LARGO PIAVE 4 - 28066 GALLIATE (NO)  
Tel. 0321861146 - Codice Fiscale: 80012920031  
Codice Meccanografico: NOIC818005  
Sito: [www.calvinogalliate.edu.it](http://www.calvinogalliate.edu.it)  
E-mail: [noic818005@istruzione.it](mailto:noic818005@istruzione.it) – Pec: [noic818005@pec.istruzione.it](mailto:noic818005@pec.istruzione.it)

### Modello B – Consenso Genitori

Oggetto: "Ingresso terapeuta esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe"

Si informano i genitori che nelle date comunicate all'Istituto, tramite presentazione di formale richiesta, 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

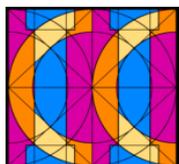
di aver preso visione della comunicazione relativa all'intervento di "osservazione su un componente della classe" da parte del dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dei genitori \*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*\*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.*



ISTITUTO COMPRESIVO "ITALO CALVINO" – GALLIATE  
Scuola dell'Infanzia –Primaria –Secondaria di 1^ Grado  
LARGO PIAVE 4 - 28066 GALLIATE (NO)  
Tel. 0321861146 - Codice Fiscale: 80012920031  
Codice Meccanografico: NOIC818005  
Sito: [www.calvinogalliate.edu.it](http://www.calvinogalliate.edu.it)  
E-mail: [noic818005@istruzione.it](mailto:noic818005@istruzione.it) – Pec: [noic818005@pec.istruzione.it](mailto:noic818005@pec.istruzione.it)

### Modello C – Richiesta incontro tecnico

Oggetto: "Richiesta incontro tecnico terapeuta con personale della scuola"

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ del  
plesso \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### CHIEDIAMO

che il dottor \_\_\_\_\_, iscritto all'Albo  
\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ facente parte  
dell'associazione (*solo se dato presente*) \_\_\_\_\_, possa  
avere accesso a scuola per un incontro tecnico con  
\_\_\_\_\_  
per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dei genitori \* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del terapeuta \_\_\_\_\_

*\*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.*