



*Repubblica Italiana*

**Regione Siciliana**

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**"SANTE GIUFFRIDA"**

**95129 CATANIA – Viale africa, 198 - Tel. 095-7465996 – fax 095/531508**

**Plesso Martoglio via Salemi (Scuola secondaria di I grado) tel n.095/535527**

**Cod.Fisc.: 93203350876 - Cod.Mecc.: CTIC8A600V - e-mail [ctic8a600v@istruzione.it](mailto:ctic8a600v@istruzione.it)**

**e mail certificata : [ctic8a600v@pec.istruzione.it](mailto:ctic8a600v@pec.istruzione.it) sito web : [www.scuolagiuffridact.edu.it](http://www.scuolagiuffridact.edu.it)**

## **PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO DI TERAPISTI PRIVATI IN CLASSE IN ORARIO CURRICOLARE**

**(allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)**

**Approvato dal consiglio di Istituto in data**

**28/06/2023 delibera n. 91**

### **PREMESSA**

L'Istituto Comprensivo Sante Giuffrida 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 allegato al Piano Annuale per l'Inclusione, parte integrante del PTOF

### **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 su iniziale richiesta della famiglia, progettazione dell'esperto concordata con i docenti della classe di appartenenza dell'alunno/a e previa **informativa e consenso** dei 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 ex ante tra i docenti, la famiglia e il/la terapeuta in cui verrà definita e condivisa la progettualità da porre in essere (All.B):

- 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 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

### **Procedura per l'attivazione dell'osservazione in classe**

- Richiesta scritta dei genitori e progetto del terapeuta –(Modelli A/B)
- Consenso delle famiglie degli alunni della classe – (**Modello C**)
- Consenso dei docenti della classe e autorizzazione del dirigente– (**Modello D**)
- Dichiarazione del Terapeuta (Casellario Penale e Privacy) – (**Modello E**)
- Incontro tecnico docenti, famiglia e terapeuta – (**Modello F**)

### **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**

Il Dirigente scolastico acquisirà:

- La richiesta del genitore e la inoltrerà ai docenti interessati
- Il Consenso all'accesso da parte degli insegnanti coinvolti al momento dell'osservazione
- La Sottoscrizione di consenso sull'accesso dello specialista esterno da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe

Alla luce degli atti prodotti esprimerà l'autorizzazione all'accesso apponendo la firma in calce al modello D in presenza. L'autorizzazione sarà comunicata ai docenti e da questi alla famiglia

## **3. I Docenti**

I docenti della classe interessata dopo aver ricevuto la richiesta formale del genitore unitamente al progetto di osservazione della/del terapeuta :

- fisseranno un incontro con la stessa e con la famiglia per la condivisione del progetto o eventuali flessibilità organizzative ed orarie formalizzando in forma scritta l'incontro
- acquisiranno i consensi informati delle famiglie;
- presenteranno l'allegato D al Dirigente per l'autorizzazione.

## **4. Il Terapista**

**Predisporrà il progetto didattico e si renderà disponibile per la condivisione del progetto con i docenti nel giorno e ora comunicato dagli stessi**

Prima dell'accesso in classe, il terapeuta è tenuto a consegnare presso la Segreteria "Ufficio Didattica" per compilare:

- Autocertificazione Casellario Penale (*modello E*)
- 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 F*)

La Dirigente scolastica  
Dott.ssa Maria Concetta Lazzara

**PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO DI  
TERAPISTI PRIVATI IN CLASSE IN ORARIO  
CURRICOLARE**

*Modello A*

*RICHIESTA DELLA FAMIGLIA*

Alla Dirigente  
Scolastica dell'IC  
Sante Giuffrida -  
Catania

Ai docenti della  
classe \_\_\_\_\_ sex \_\_\_\_\_  
scuola \_\_\_\_\_

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

**Chiedono**

di poter far entrare nella classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ di scuola \_\_\_\_\_ il/la  
terapista/specialista dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ per il/la proprio/a figlio/a  
durante l'orario didattico per l'attività definita dal progetto dello specialista allegato.

Catania , li \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 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.

-----

Progetto di osservazione/(altro) in classe. Alunno/a \_\_\_\_\_

- Durata del percorso (Indicare l'arco temporale in cui si realizzeranno le attività)

\_\_\_\_\_

- Giorno ed orario di accesso richiesti ( Indicare le giornate e gli orari in cui si realizzeranno le attività)

\_\_\_\_\_

- Garanzia di flessibilità organizzativa

\_\_\_\_\_

- Motivazione dell'osservazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Modalità dell'osservazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Catania, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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.

**NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE (GENITORE)**

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

Si informano i genitori della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ che in data/nelle seguenti date \_\_\_\_\_  
(sarà presente in classe il dottor / la dottoressa \_\_\_\_\_ per l'osservazione di  
un componente della classe .

Il/la terapeuta/specialista sanitario si adegnerà 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 sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ genitori dell'alunno/a  
frequentante la Scuola \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

essendo stati informati in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nell'osservazione di un  
alunno presente nella classe/sezione <sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub>

Si dichiarano d'accordo con tale attività esprimono il proprio consenso con la sottoscrizione della presente  
dichiarazione.

Catania, lì \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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.

## MODELLO D

### PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO DI TERAPISTI PRIVATI IN CLASSE IN ORARIO CURRICOLARE

#### **DICHIARAZIONE DOCENTI**

I docenti della classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_, presa visione della richiesta dei genitori dell'alunno/a fatta in data \_\_\_\_\_, visionato il progetto presentato dal/dalla terapeuta, effettuato l'incontro di condivisione del progetto in data \_\_\_\_\_ acconsentono all'accesso in classe del dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ durante le ore di attività didattica come da progetto .

A tal fine dichiarano di aver informato le famiglie degli alunni della classe e di aver acquisito il relativo consenso informato come da allegati.

Catania, li \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Visti gli atti che ne attestano la procedura come da protocollo

AUTORIZZA/NON AUTORIZZA

l'accesso della/del terapeuta sopra indicato come da progetto concordato

Data \_\_\_\_\_

La Dirigente scolastica  
Dott.ssa Maria Concetta Lazzara

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO  
GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENDENTI.  
(TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO )

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente nel Comune di ..... Provincia .....

Stato ..... Via/Piazza .....

Codice Fiscale .....

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;

Catania, li .....

Il dichiarante

---

Allegati: copia di un documento d'identità, in corso di validità.

**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 D.Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii. e del GDPR, 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

Catania , lì \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_