

ISTITUTO COMPRENSIVO
GIOVANNI XXIII MELISSA
(KR)

PROTOCOLLO

**ACCESSO TERAPISTI/SPECIALISTI
SANITARI IN ORARIO CURRICULARE
E/O PARTECIPAZIONE GLO OPERATIVO**

Prot.n. _____

Melissa, _____

PROTOCOLLO PER L'ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI/TERAPISTI IN ORARIO CURRICULARE

PREMESSA

L'Istituto consente gli accessi in classe di specialisti/terapisti (pubblici e privati) per le osservazioni e il supporto agli alunni presenti nella Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I° grado dell'istituto, al fine di garantire un migliore 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. È necessario quindi costruire una solida collaborazione fra le parti interessate, basata su buone pratiche e prassi ben definite, da tenere sempre presenti nei rapporti tra gli operatori sanitari, sociali, educatori, famiglie e Scuola. Il presente protocollo ha validità nel tempo, in connessione con il Piano Annuale per l'Inclusione. L'elaborazione di un documento che riguarda le buone prassi nasce dall'esigenza di individuare modalità e strumenti per la rilevazione e la gestione comune di determinate situazioni riferite all'handicap e al disagio in generale, in linea con le norme e le indicazioni legislative nazionali di riferimento. Tale documento, condiviso dagli Insegnanti e da tutti gli attori del processo di inclusione, risponde alle necessità di facilitare e nel contempo di regolamentare i rapporti tra la Scuola e gli specialisti/terapisti.

Art. 1

Accesso 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 per informativa e consenso dei genitori di tutti gli alunni appartenenti al gruppo classe/sezione. Il professionista, che dovrà essere coperto da personale polizza assicurativa, da presentare all'istituzione scolastica, è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni presenti in classe. Inoltre, avrà cura di consegnare al Dirigente Scolastico la progettualità che esso stesso ha necessità di mettere in atto, esplicitando la durata del percorso, la finalità, gli obiettivi e le modalità. Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nel regolare svolgimento delle lezioni.

Art. 2

Interventi di osservazione o di supporto all'alunno

Azioni da mettere in atto:

a) richiesta da parte dei genitori per l'accesso dello specialista/terapista, da presentare agli Uffici della Segreteria didattica;

b) consegna alla Scuola del "Progetto di osservazione" elaborata dallo specialista (utilizzare carta intestata della struttura o del professionista). Il Progetto dovrà contenere le seguenti informazioni:

- motivazione dettagliata dell'osservazione;
- finalità; obiettivi, modalità dell'osservazione;
- durata del percorso (inizio e fine);
- giorni ed orari di accesso richiesti;
- garanzia di flessibilità organizzativa.

Il progetto dovrà inoltre essere sottoscritto dai genitori dell'alunno interessato.

Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista/terapista che effettuerà l'osservazione e Curriculum Vitae.

Il Dirigente Scolastico dovrà acquisire il consenso scritto all'accesso in classe degli specialisti, degli insegnanti coinvolti al momento dell'osservazione e dei genitori di tutti gli alunni della classe. Qualora fosse necessario, per mancato consenso di uno o più genitori, il bambino potrà essere inserito in un gruppo ristretto rispetto al gruppo classe/sezione.

Il Dirigente Scolastico, una volta espresso il parere favorevole e acquisita tutta la documentazione, procederà all'autorizzazione definitiva in forma scritta, che sarà comunicata alle parti interessate, tramite gli Uffici di Segreteria, nei tempi previsti e con il dovuto preavviso.

Prima dell'accesso, lo specialista dovrà consegnare alla Segreteria Scolastica l'autodichiarazione contenente il certificato del Casellario penale e la dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy a garanzia di tutte le informazioni che verranno acquisite, secondo la normativa vigente.

Art. 3

Incontri tecnici con personale della scuola

Il personale della scuola avrà cura di annotare le principali informazioni relative alla seduta e ne verrà rilasciata copia solo a seguito di richiesta scritta dei partecipanti, previa richiesta da inoltrare al Dirigente Scolastico.

Art. 4

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:

- Richiesta scritta da consegnare in Segreteria, contenente la motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richieda la compilazione;
- valutazione da parte del Dirigente Scolastico sulla conformità della richiesta, nel rispetto della legge e della normativa della Privacy;
- consegna ai genitori della documentazione tramite Segreteria e, ove specificato, tramite email del genitore richiedente.

ALLEGATO

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Giovanni XXIII
Melissa

DICHIARAZIONE PERSONALE (DOCENTE)

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di insegnante di scuola
primaria/ scuola dell'infanzia in servizio presso L'Istituto _____

Vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un
terapista/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l'alunno/a

_____;

- in considerazione del Progetto individuale che verrà approntato

DICHIARA

- di essere disponibile a consentire la presenza del terapista/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.

Data _____

Firma

ALLEGATO

PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE (GENITORE)

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

Il/la sottoscritto/a

genitore dell'alunno/a

Il/la sottoscritto/a

genitore dell'alunno/a

frequentante la sezione/classe

DICHIARA

di essere stato/a informato/a in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione.

Si dichiara d'accordo con tale presenza, in quanto essa non danneggia, anzi arricchisce l'attività didattica della classe/sezione. Inoltre, dichiara di essere stato informato che il terapeuta/lo specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy), non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

Esprime, pertanto, il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

_____li

Firma_____

_____li

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 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.

ALLEGATO

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

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a Il Via
residente in codice fiscale In qualità di
dell'associazione
con sede legale in Via
Partita IVA / codice fiscale

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

DICHIARA

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

- 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, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.
- 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.

Data ___/___/___

FIRMA

NB allegare documento identità

ALLEGATO

**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 sezione/classe _____

SI IMPEGNA

in 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 in discorso per scopi diversi dall'attività svolta;
- v. a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del D.lgs. 196/2003, affinché tutte le informazioni acquisite, non potranno in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere 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.

_____ li _____

Firma

ALLEGATO

RICHIESTA DA PARTE DEI GENITORI PER L'ACCESSO DELLO SPECIALISTA/TERAPISTA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Giovanni XXIII
Melissa

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la Scuola _____, classe _____

CHIEDONO

di poter far entrare nella classe ____ il/la terapeuta/specialista dott./dott.ssa _____
_____ per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività definita dal progetto
allegato dello specialista e di farlo partecipare ai GLH operativi.

_____, lì ___/___/___

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 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.

AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE

autorizza/non autorizza

_____, lì ___/___/___

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma

ALLEGATO

**PROGETTO DI OSSERVAZIONE
IN CLASSE**

Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. Giovanni XXIII

Melissa

Progetto di osservazione/intervento in classe _____

Alunno/a _____

- Durata del percorso (inizio e fine)

-
- Giorno ed orario di accesso richiesti

-
- Garanzia di flessibilità organizzativa

-
- Motivazione dettagliata dell'osservazione, finalità; obiettivi
-
-
-

- Modalità dell'osservazione
-
-
-

_____ , li ____/____/____

Firma Terapista/Specialista _____

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 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.

ALLEGATO

Spett.le Specialista/Assistente

Oggetto: Informativa Specialista/Assistente ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016

Secondo quanto previsto dall'art. 13 del GDPR 679/2016 rispetto al trattamento di dati personali, questa Istituzione Scolastica, rappresentata dal dirigente scolastico prof.ssa Alessandra Viola in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, per espletare le sue funzioni istituzionali deve acquisire o già detiene dati personali che La riguardano.

La informiamo inoltre che i dati da Voi forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali della scuola, che sono quelle relative all'istruzione ed alla formazione degli alunni e quelle amministrative ad esse strumentali, incluse le finalità di instaurazione e gestione dei rapporti di lavoro di qualunque tipo, a titolo di esempio:

- analisi del mercato e elaborazioni statistiche;
- verifica del grado di soddisfazione dei rapporti;
- adempimento di obblighi derivanti da leggi, contratti, regolamenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro, in materia fiscale, in materia assicurativa;
- tutela dei diritti in sede giudiziaria.

Le forniamo a tal fine le seguenti ulteriori informazioni:

- Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti;
- I dati personali trattati sono esclusivamente quelli necessari e pertinenti alle finalità del trattamento;
- I dati personali verranno trattati anche con l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati con le modalità dalle normative indicate e conservati per il tempo necessario all'espletamento delle attività istituzionali, gestionali e amministrative riferibili alle predette finalità;
- Il titolare del trattamento è il dirigente scolastico prof.ssa Alessandra Viola Tel: 089/753850 email: saic8b600g@istruzione.it.
- Il Responsabile per la protezione dei dati RPD è: l'ing. Giovanni Fiorillo, email ing.giovannifiorillo@gmail.com, tel (urgenze): 3471761615;
- il trattamento sarà effettuato ad opera di soggetti appositamente autorizzati e formati, che si avvarranno di strumenti elettronici e non elettronici, configurati, in modo da garantire la riservatezza e la tutela dei Suoi/Vostri dati e nel rispetto, in ogni caso, del segreto professionale;
- i Suoi/Vostri dati personali diversi da quelli sensibili e giudiziari potranno essere comunicati esclusivamente a soggetti pubblici se previsto da disposizioni di legge o regolamento (art. 2-ter Codice Privacy); inoltre potranno essere comunicati a collaboratori esterni, ai soggetti operanti nel settore giudiziario, alle controparti e relativi difensori, ed in genere a terzi soggetti cui disposizioni di legge attribuiscono facoltà di accesso ovvero ai quali la comunicazione è necessaria per l'esercizio delle attività proprie della professione forense;

Le ricordiamo infine:

- il conferimento dei Suoi/Vostri dati è obbligatorio in quanto strettamente necessario per lo svolgimento del servizio;
- l'eventuale rifiuto di conferire dati personali comporta l'impossibilità di dare corso allo svolgimento del rapporto;
- i Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione;
- I dati personali non saranno trasferiti in paesi fuori dall'Unione Europea
- Lei può in qualsiasi momento, rivolgendosi al titolare del trattamento oppure al responsabile della protezione dei dati esercitare i suoi diritti: accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che li riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati. I suoi diritti sono sanciti nel CAPO III del GDPR 679/2016.

- Le ricordiamo inoltre che il GDPR 676/2016 le riconosce un ulteriore diritto quello di esporre reclamo diretto al garante della privacy tramite apposita procedura chiaramente indicata sul sito del Garante www.garanteprivacy.it.
- Può esercitare i suoi diritti e/o inoltrare richieste in merito al trattamento dati personali contattando direttamente il Titolare o L'RPD o più semplicemente scrivendo una mail all'indirizzo istituzionale.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
f.to prof. Alessandro TURANO (*)

(*) Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa.

Il sottoscritto

NOME E COGNOME _____

nato/a a _____ il ____/____/____,

residente in via _____, Tel. _____

Documento di riconoscimento _____

dichiara di aver ricevuta la informativa fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e 13 del GDPR 679/2016, si impegna a comunicare per iscritto ogni eventuale correzione, integrazione e/o aggiornamento dei dati forniti.

In relazione alle prestazioni di Terapia / assistenza specialistica effettuate presso l'Istituto IC GIOVANNI XXIII di Melissa, in relazione al servizio prestato e ai compiti svolti con questa istituzione scolastica, si impegna al rispetto della riservatezza secondo le modalità definite dalla normativa in vigore, - in particolare - delle prescrizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 e al D.lgs. 196/2003; si raccomanda particolare attenzione alla tutela del diritto alla riservatezza degli interessati e di consultare il regolamento approvato da questo Istituto e/o di consultare il titolare, il responsabile o il responsabile della protezione in caso di qualsiasi dubbio.

_____, ____/____/____

Firma _____